

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 10

LA PHLÉBITE

AU COURS DE L'ÉVOLUTION DU

FIBROME UTÉRIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Novembre 1932

PAR

Yvan-Jules-Émile GUILBERT

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à BREST (Finistère), le 14 août 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOIN, professeur.....	Président
		GUYOT, professeur.....	{ Juges.
		PERY, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 10

LA PHLÉBITE AU COURS DE L'ÉVOLUTION DU FIBROME UTÉRIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Novembre 1932

PAR

Yvan-Jules-Émile GUILBERT

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à BREST (Finistère), le 14 août 1909.

Examineurs de la Thèse

MM. BÉGOIN, professeur.....	Président.
GUYOT, professeur.....	Juges.
PERY, agrégé.....	
CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurq. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).

LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophthalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

MM. { CABANNES (en congé).
BEAUVIEUX (chargé).
N.
GOURDON.
DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PARRAIN

A MA GRAND-MERE

Témoignage de ma profonde affection.

A MA MERE

Sa vie toute de labeur me sera un exemple précieux que je m'efforcerai toujours de suivre.

Qu'elle trouve ici un faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MON PERE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon amour filial.

A MON ONCLE ET MES TANTES

A MES COUSINS ET COUSINES

AU MAITRE LÉON MOREAU

*Grand-Prix de Rome,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Son élève reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR REILLY

Chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

AU R. P. PELLERIN O. P.

Qui fut pour moi au moment des
épreuves un ami sincère et le meilleur
des conseillers.

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 1^{re} CLASSE LE BERRE

*Professeur de clinique chirurgicale
à l'Ecole d'application des médecins de la Marine,
Officier de la Légion d'honneur.*

Dont l'enseignement à l'hôpital de
Brest nous fut d'un grand profit au dé-
but de nos études médicales.

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE MIRGUET

*Ancien Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur.
Officier d'Académie.*

Pour la paternelle affection qu'il n'a
cessé de nous témoigner durant nos an-
nées d'Ecole, et principalement durant
la dernière.

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL BARS

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL CHARPENTIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAFARGUE

Chirurgien des Hôpitaux,

Qui nous a inspiré ce travail.

A MES MAITRES DU COLLEGE DE N.-D. DE BON-SECOURS
DE BREST

A MES MAITRES DE L'UNIVERSITE CATHOLIQUE D'ANGERS

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ANNEXE
DE MEDECINE NAVALE DE BREST

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MON JURY DE THESE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE BRUN

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BEGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAITRE,

En nous faisant l'honneur de présider notre thèse, vous mettez le comble à la bienveillance que vous nous avez toujours montrée. Qu'il nous soit permis ici de vous remercier de votre grande bonté à notre égard et de vous offrir ce très modeste travail, comme un faible témoignage de notre respectueuse déférence et de notre sincère gratitude. Nous garderons le souvenir ému du bienveillant accueil que nous avons toujours trouvé auprès de vous au cours de nos études et principalement pendant le temps que nous avons passé comme externe dans votre service.

AVANT-PROPOS

En présentant ce modeste travail, qu'il nous soit permis de remercier tous ceux qui ont bien voulu le faciliter, en nous faisant profiter de leur expérience.

Que M. le Professeur Bégouin veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude infinie pour les conseils affectueux qu'il nous a donnés.

MM. les Professeurs Guyot, Jean-Louis Faure, Leriche, Cotte et Charrier; MM. les Docteurs Lafargue, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux; Chauvenet, de Thouars; Nard, de Libourne; Mallet-Guy, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, ont bien voulu répondre à nos demandes de renseignements et nous communiquer des documents inédits et précieux. Nous les assurons de toute notre reconnaissance.

Nous tenons encore à remercier M. le Docteur Dubourg, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, qui nous a beaucoup aidé de sa science et de ses conseils, lors de la rédaction de notre travail, Mlle Winckler, externe des hôpitaux, qui a collaboré à notre thèse inaugurale par la traduction des articles de langue étrangère que nous avons consultés, nous donnant ainsi un témoignage de sa franche et sincère camaraderie.

Nous ne saurions terminer nos études sans exprimer notre plus vive gratitude à nos Maîtres de l'Ecole du Service de santé de la Marine et des Troupes coloniales, à nos Maîtres des hôpitaux : MM. les Professeurs Bégouin, Papin, Bonnin et Creyx, dont nous fûmes l'externe. Nous leur devons beaucoup.

A la satisfaction d'avoir achevé notre tâche scolaire se mêle le regret de laisser de si bons Maîtres et de si agréables condisciples.

LA PHLÉBITE

AU COURS DE L'ÉVOLUTION DU

FIBROME UTÉRIN

INTRODUCTION

Etant externe dans le service de notre maître M. le Professeur Bégouin, nous avons eu l'occasion d'observer une malade présentant une anémie très prononcée en rapport avec un fibrome utérin; cette malade fit, au cours de l'évolution de son fibrome, une phlébite du membre inférieur droit. La phlébite fut traitée médicalement, mais au cours de ce traitement, apparurent quelques manifestations emboliques. M. le Docteur Lafargue, chirurgien des hôpitaux, en présence de ces complications, proposa d'intervenir malgré la phlébite et d'enlever le fibrome. Sur les conseils de M. le Professeur Bégouin, le traitement médical de la phlébite fut maintenu, et l'on ne toucha pas au fibrome. Quelques jours après, étant de garde, à l'Hôpital Saint-André, nous étions appelé auprès de cette malade, et il nous fut ainsi donné la tristesse d'assister, impuissant, à sa mort tragique par embolie pulmonaire. C'est de cette malade dont il s'agit dans notre observation I.

A quelque temps de là, M. le Professeur agrégé Charrier nous faisait part de l'éclatant succès qu'il avait obtenu en

intervenant chez une malade anémiée du fait d'un gros fibrome, accompagné de phlébite bilatérale des membres inférieurs, avec accidents septico-pyohémiques indiscutables (Obs. II de notre travail). En présence des résultats de ces deux thérapeutiques différentes, au cours de cas cliniques très voisins l'un de l'autre, nous avons repris, sur les conseils de MM. les Docteurs Lafargue et Dubourg, l'étude si intéressante de cette question de : « La phlébite au cours de l'évolution des fibromes utérins. »

Les traités classiques de gynécologie mentionnent à peine la phlébite au cours du fibrome, et nous verrons dans l'histoire de la question, que sa bibliographie est assez pauvre. En réalité, comme le fait remarquer Guillot, dans sa thèse de Bordeaux, 1919 : *La phlébite dans l'évolution des fibromes de l'utérus*, cette bibliographie est pauvre « parce qu'on l'a jugée peu digne d'être enrichie. Les auteurs n'ont pas cru devoir attacher à cette complication une véritable importance pratique. D'autre part, la phlébite et le fibrome peuvent ne pas coexister dans toute leur netteté, le tableau clinique étant occupé presque exclusivement par l'une ou l'autre de ces affections, de telle sorte que la relation de cause à effet échappe à l'observateur le plus avisé. »

Cependant, cette question a un gros intérêt, non seulement au point de vue étiologique et pathogénique, mais encore au point de vue des indications opératoires. « Faut-il opérer un fibrome en pleine phlébite ? » et « dans quel cas faut-il ou ne faut-il pas opérer un fibrome compliqué de phlébite ? » Pour répondre à ces deux questions, nous n'avons pu recueillir que 18 observations. C'est bien peu pour que nous puissions donner une ligne de conduite nette et précise au chirurgien qui se trouve en présence d'un fibrome compliqué de phlébite.

Ce que nous avons voulu dans notre thèse inaugurale, c'est apporter des faits nouveaux, tâcher de grouper les opinions diverses d'autorités chirurgicales gynécologiques concernant cette question, d'essayer, à la lumière de nos observations, de

tirer quelques conclusions qui serviront de point de départ aux travaux futurs touchant cette complication des fibromes si intéressante pour le chirurgien.

Après avoir rappelé dans un court exposé historique les principaux travaux déjà parus, nous tâcherons de dégager de tout l'ensemble des faits et renseignements que nous avons recueillis les différents points intéressants, tant au point de vue théorique (étiologie, pathogénie, anatomie pathologique) qu'au point de vue pratique (étude clinique, diagnostic, pronostic et traitement); nous insisterons particulièrement sur ce dernier point, car il nous semble être celui qui présente l'intérêt pratique le plus immédiat et le plus utile.

HISTORIQUE

La première observation de phlébite au cours de l'évolution des fibromes utérins semble être celle qui fut communiquée par Ball à la Société de biologie, en mars 1862 (Obs. X de notre travail).

Cependant, déjà, en 1859, Becquerel, dans son *Traité clinique des maladies de l'utérus*, signalait la possibilité de troubles circulatoires veineux, en rapport avec la compression exercée par le fibrome : « Dans le cas de fibromes volumineux, écrivait-il, la circulation des membres inférieurs éprouve quelquefois une gêne considérable, qui peut aller jusqu'à l'infiltration des veines de la jambe. »

Un peu plus tard, en 1876, Duguet, dans une communication à la « Société médicale des hôpitaux », signale les accidents très graves d'embolie pulmonaire consécutifs à une thrombose des veines iliaques par un fibrome volumineux.

Le même auteur, l'année suivante, publie l'observation d'un cas tout à fait analogue dans la *Gazette des hôpitaux* (Obs. XI de notre travail). Il s'agissait d'une tumeur fibreuse kystique, d'un volume considérable, ayant déterminé une thrombose des veines iliaques et crurales, avec lésions nettes de l'endoveine; cette thrombose fut d'ailleurs suivie d'embolies pulmonaires rapidement mortelles.

En 1879, Levrat rapporte à la « Société anatomique » l'histoire d'une malade atteinte d'un myome kystique de l'utérus, compliqué d'une phlegmatia alba dolens. La malade mourut d'embolie pulmonaire. L'autopsie démontra que ce myome kystique était hématique. Ce fait particulier frappa tout de suite l'attention, et l'on ne s'intéressa guère aux phénomènes de thrombose veineuse.

A la même époque, de Sinety, se basant sur les faits signalés par Duguet et Levrat, écrivait, dans son *Manuel de gynécologie* : « Les troubles de la circulation veineuse, dans les grosses tumeurs de l'utérus, pourraient donner lieu à de l'œdème ou de l'ascite. Il faut pour cela des tumeurs tellement volumineuses, qu'on a qu'exceptionnellement l'occasion d'en observer. En général, l'œdème est plutôt un symptôme de tumeur maligne. On a cité des cas d'embolie pulmonaire consécutive à une thrombose des veines iliaques comprimées. »

Réunissant quatre nouveaux cas, G. Legrand, dans sa thèse de Paris, 1879 : *De la thrombose veineuse dans certains cas de fibromes utérins et kystes de l'ovaire*, ramène la pathogénie de la thrombose à deux facteurs : la compression et la cachexie.

En 1882, H. Bastard, dans sa thèse de Paris : *De la thrombose veineuse dans les tumeurs fibreuses de l'utérus*, réunit 15 observations de thrombo-phlébite survenue au cours de l'évolution d'un fibrome utérin.

Signalons encore la thèse de Bazor, en 1893 : *De la mort subite dans les fibromes utérins*. L'auteur, étudiant 16 cas de mort subite au cours de fibromes de l'utérus, se demande pourquoi, les fibromes volumineux, qui exercent si fréquemment une forte compression sur les voies urinaires et digestives, n'agiraient pas de la même façon vis-à-vis des veines du petit bassin, qui ne sont guère plus protégées. Enfin, il conclut que la mort subite par embolie pulmonaire d'origine phlébique est une des complications les plus fréquentes auxquelles sont exposées les malades atteintes de fibromes de l'utérus.

C'est M. le Professeur Duvergey qui a eu le grand mérite d'attirer l'attention sur l'importance de la phlébite au cours de l'évolution d'un fibrome utérin. Au Congrès français de chirurgie, en 1911, puis dans le *Journal de médecine de Paris* et la *Revue de chirurgie*, en 1912 et 1913, M. Duvergey rapporta 5 observations personnelles, que nous avons reproduites d'ailleurs dans notre travail. Il démontra que la com-

pression n'était pas la seule cause à invoquer pour expliquer la production de la phlébite, mais qu'il fallait tenir compte de l'infection du fibrome. Enfin, il établit que la présence d'une phlébite au cours de l'évolution d'un fibrome imprimait au traitement chirurgical d'importantes modifications.

En 1919, Guillot, reprenant les idées de M. le Professeur Duvergey, exposa dans sa thèse inaugurale : *Les phlébites dans l'évolution des fibromes utérins*, Bordeaux, 1919, l'état de la question. L'auteur conseillait d'éviter d'opérer immédiatement un fibrome compliqué de phlébite par compression. Par contre, dans les fibromes infectés menaçant la malade de septicémie, il déclarait l'intervention nécessaire, malgré l'existence de la phlébite.

En 1926, dans le *Lyon médical*, MM. Alamartine et Mallet-Guy publièrent un article : « Sur les indications opératoires dans les fibromes compliqués de phlébite des membres inférieurs. » D'après eux, il semble que l'on gagne plus qu'on ne risque à intervenir dans tous les cas sans attendre la résolution de la phlébite.

Citons enfin, pour terminer, une thèse de Picou, en 1927, à Montpellier : *Des phlébites dans les fibromes utérins*, et un article de Mirelli : « Le flebiti e i fibromi uterini », paru dans la *Rivista d'Ostetricia e Ginecologia Pratica*, en septembre 1930, où l'auteur déconseille vivement l'opération chirurgicale, au profit du traitement radiothérapique.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Par quel mécanisme se développe la phlébite au cours de l'évolution des tumeurs fibreuses de l'utérus ? La connaissance de ce mécanisme est d'une importance capitale non seulement au point de vue pathogénique proprement dit, mais encore au point de vue des indications opératoires.

Durant de longues années, de nombreuses théories furent émises et devinrent l'objet d'ardentes discussions. Cependant deux écoles se formèrent bientôt : l'une en Allemagne, à la tête de laquelle était Virchow qui, depuis 1856, invoquait le rôle d'un ralentissement circulatoire; l'autre en France, se rangeant aux idées de Cruveilhier qui, en 1894, se fit le défenseur de la théorie inflammatoire des phlébites. Pour Cruveilhier, il fallait « une cause d'irritation agissant sur la paroi veineuse » pour produire la coagulation du sang à ce niveau. Pour Virchow, au contraire, la stase veineuse, le ralentissement circulatoire, provoquaient la thrombose précédant elle-même la phlébite. La question fut reprise par Vaquez au Congrès de chirurgie de Nancy de 1896, qui insista sur le mécanisme inflammatoire et microbien des phlébites. De nouveau en 1929, au Congrès de Varsovie, les merveilleux rapports de Forgue, Govaertz, Ritter, Chiasserini, traitèrent de l'étiologie et du mécanisme de l'embolie. D'ailleurs, depuis 1923, de nombreux auteurs allemands, fidèles disciples de Virchow, remettent en question, à la suite de Heusser et de Scheidegger, la possibilité d'une altération initiale du sang circulant, et voici que nous assistons encore à notre époque, sur de nouvelles précisions expérimentales, à la reprise de la discussion qui opposa jadis les partisans de Virchow aux par-

tisans de Cruveilhier. Il ne nous appartient pas de les départager. Nous exposerons seulement au cours de ce chapitre les principales causes de phlébite, et nous essaierons de voir dans quelle mesure toutes ces idées peuvent expliquer l'apparition de la phlébite au cours de l'évolution des fibromes utérins : Stase veineuse, modifications du sang, altérations des parois veineuses, découperont notre chapitre en trois paragraphes.

I. — Stase veineuse.

Bouchut et Lancereaux l'ont donnée pour cause provocatrice de cette formation du caillot que Virchow mettait à l'origine de l'irritation réactionnelle de la paroi veineuse : stagnant dans une veine, le sang devait y coaguler comme dans la palette de saignée.

On expliquait ainsi l'élection des phlébites sur le système cave inférieur et plus particulièrement sur le segment ilio-fémoral gauche car : 1° la veine iliaque est plus oblique à gauche qu'à droite; 2° elle est croisée à son origine (près de la bifurcation de la veine cave) par l'artère iliaque primitive droite; 3° elle est encore croisée un peu plus bas par un organe qui peut la comprimer surtout lorsqu'il est alourdi par les matières fécales : l'S iliaque. Cependant, en opposition à toutes ces constatations anatomiques et cliniques, il faut signaler : 1° qu'on se demande aujourd'hui pourquoi la phlébite est plus rare sur le système veineux superficiel, même variqueux, si encombré, que sur le système veineux profond du membre inférieur; 2° que de nombreuses expériences montrent que le sang peut rester liquide à l'intérieur des vaisseaux dont la circulation a été ralentie (expériences de Vaquez); 3° que des phlébites et des thromboses se voient chez des sujets à système circulatoire absolument normal.

Pour ce qui est de la phlébite apparaissant au cours du fibrome, il est certain que, comme l'a établi M. le Professeur Duvergey en 1913 (*Phlébite dans l'évolution des fibromes de*

l'utérus, *Revue de chirurgie*, 1913, XLVII, p. 27), un volumineux fibrome peut comprimer une veine abdominale (le plus souvent la veine iliaque externe). Le fait est évident dans nos observations XI, XII, XIII, XIV, XVI. Cette compression a pour conséquence fatale une gêne considérable dans la circulation de retour du membre correspondant. D'autre part, nous savons bien, pour l'avoir souvent constaté au cours des interventions pour fibromes, qu'il existe au niveau de la tumeur d'énormes dilatations veineuses, atteignant souvent la grosseur d'un doigt, véritables « têtes de Méduse » et sièges d'une stase sanguine considérable. Ces deux faits : gêne circulatoire considérable dans le membre correspondant à la veine comprimée et dilatations veineuses au niveau du fibrome contribuent certes à l'installation de la phlébite, mais, à notre avis, la stase veineuse n'est pas le facteur principal : elle intervient sans doute, mais à titre de cause favorisante.

II. — Modifications du sang.

Ritter (de Zurich), au III^e Congrès de la Société internationale de chirurgie qui s'est tenu à Varsovie du 22 au 25 juillet 1929, a montré que le ralentissement du courant sanguin « amène une diminution de la masse globulaire médiane et une augmentation du nombre des plaquettes et des leucocytes pariétaux, d'où agglutination de plus en plus facile de ces éléments entre eux et avec la paroi vasculaire ». Cette agglutination des plaquettes, qui, pour Govaertz (de Bruxelles), serait le point de départ de la formation du thrombus, est à son tour favorisée par l'apparition dans le plasma d'une proportion anormalement élevée de globulines et de fibrinogène. Normalement, d'après Starlinger (*Klin. Wochenschr.*, t. VI, n° 27, 2 juill. 1927), les plaquettes sanguines sont chargées d'électricité négative et se repoussent. Supposons qu'il arrive dans le courant sanguin des albuminoïdes (globulines et fibrinogène) à grosses molécules et à charge positive (Starlinger

et Sametnik), il y a déplacement de la charge électrique des plaquettes au profit de celle de ces albuminoïdes, et les plaquettes s'agglutinent. Pour maintenir ces plaquettes agglutinées, la fibrine développe ses réseaux. Cela se fait par une augmentation notable de la thrombine au détriment de l'anti-thrombine qui diminue sensiblement. Cette augmentation de la thrombine favorisant la coagulabilité sanguine nous explique pourquoi certains auteurs, tels que Chauvin et surtout Picot, avec Bloch et Nicolas, ont trouvé la coagulation du sang très accélérée chez les malades atteints de phlébite. D'où ils concluent à l'influence heureuse des sangsues au point de vue thérapeutique. Dans l'observation que nous a si aimablement communiquée M. le Professeur Guyot (Obs. VII), nous faisons remarquer que les idées de Picot sont vérifiées, les temps de saignement et de coagulation étant notablement diminués. Par contre, dans l'observation I, le temps de saignement est normal. Ducuing, d'ailleurs, critique vivement ce rôle de l'hypercoagulabilité du sang dans la pathogénie des thromboses et des phlébites : pour cet auteur, il suffit qu'une cause quelconque détermine la coagulation normale.

Ces données nouvelles, concernant le rôle des modifications sanguines au cours de la phlébite, nous permettent d'expliquer l'apparition de cette dernière au cours d'un fibrome : nous savons, en effet, que le gros symptôme faisant soupçonner chez une femme la présence d'un fibrome est l'hémorragie survenant au moment des règles et accentuant la durée de celles-ci. Ces hémorragies acquièrent souvent une très grande abondance, amenant par leur répétition la malade dans un état d'anémie très prononcé (Obs. I, II, III, IV, IX, XII). Il y a donc chez ces malades une véritable chlorose, faisant perdre au sang toutes ses propriétés normales. C'est ainsi qu'il devient « plus riche en fibrine; on observe une grande quantité d'hématoblastes, ainsi que l'abaissement de la densité du plasma, rendant la coagulation plus facile » (Michel, *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, 1900.

p. 633). Cette coagulation est d'ailleurs aidée par la compression exercée par la tumeur qui produit un ralentissement du courant sanguin et une altération de l'endothélium.

III. — Altérations des parois veineuses.

C'est le moment de rappeler les expériences de Vaquez si concluantes et si évocatrices qu'elles dispensent de commentaire :

Ayant établi que du sang immobilisé dans une veine entre deux ligatures ne s'y coagule pas si les parois n'ont pas été brutalisées, il répète ses tentatives en introduisant la pointe d'un stylet dans la ligature; promenant cette pointe sur la paroi interne de la veine, il y provoque une lésion; quelques heures, parfois quelques instants après, il constate qu'il s'est produit au point traumatisé une thrombose localisée qui n'a pas tendance à s'élargir. Une altération anatomique de la veine est donc nécessaire pour provoquer la formation du caillot.

Pour préciser le rôle des microbes dans la réalisation de la phlébite, il répète ces deux séries d'expériences sur un animal ayant reçu au préalable une injection intraveineuse de streptocoques. Pas plus de coagulation dans la veine simplement ligaturée; mais, dans la veine égratignée par le stylet, coagulation en masse. « L'infection ne suffit pas à déterminer la thrombose d'un sang immobilisé; une lésion septique provoque une thrombose massive, une véritable phlébite. » Ces expériences, reprises par divers auteurs, ont été confirmées. « Pour provoquer une coagulation, il faut donc une lésion de la paroi interne de la veine; aseptique, elle produit une thrombose limitée; septique, elle a pour conséquence une thrombose étendue, une phlébite. » On voit le rôle de premier plan joué par les altérations de la veine. Celles-ci ont été fort bien décrites par Schwartz et Schil (*Paris médical*, 18 juin 1927, p. 589, col. 2). Elles consistent surtout en globulisation et stratification des cellules endothéliales avec desquamation. Ces

lésions sont aggravées par l'infection. Ce ne serait pas là cependant le rôle principal de celle-ci : Scheidegger, Heusser, Libaich, en effet, se basant sur ce fait que l'infection amène dans le sang beaucoup de substances étrangères (globulines, fibrinogène en particulier) modifiant ainsi sa constitution normale, pensent que l'infection joue un rôle considérable dans la production des phlébites, mais par le mécanisme de modifications sanguines, M. le Professeur J.-Louis Faure insiste sur ce rôle de l'infection. C'est ainsi qu'intervenant au Congrès de Varsovie au cours de la discussion de la première question : « Causes et mécanisme de l'embolie postopératoire », il signalait l'influence des épidémies de grippe dans la pathogénie des embolies, et conseillait vivement de ne pas pratiquer certaines opérations en période d'épidémie grip-pale.

Dans les observations que nous publions dans notre thèse, nous trouvons fréquemment l'infection du fibrome comme cause de la phlébite, que l'on peut expliquer de la manière suivante : « Une infection partie de l'utérus fibromateux envahit le sang circulant et se localise en un point d'une veine quelconque de l'organisme. Selon la virulence de l'agent pathogène, ou bien la veine réagit à ce niveau par un bourgeonnement de sa paroi qui entraîne une précipitation de fibrine, une coagulation intravasculaire suppurée ou non, ou bien la réaction locale manque et il apparaît une véritable septicémie. » (Guillot, thèse Bordeaux, 1919). L'utérus fibromateux est donc le plus souvent le point de départ de l'infection. Ce ne serait pas le seul point de départ. Voici, en effet, ce que nous écrivait personnellement, au mois de juillet, M. le Professeur Cotte, à qui nous avons demandé son avis concernant cette question : « Je ne crois pas que la phlébite soit nécessairement liée à l'infection du fibrome. Cette infection peut venir de l'intestin ou d'ailleurs (malades porteurs de germes). »

D'après ce qui précède, nous voyons qu'actuellement la pathogénie des phlébites est toujours complexe, et leur méca-

nisme de production au cours de l'évolution des fibromes est loin d'être établi d'une façon définitive. Nous ne saurions mieux conclure ce chapitre qu'en citant l'opinion de M. le Professeur Leriche, à laquelle nous nous rangeons volontiers : « Je n'ai pas l'impression, nous écrivait personnellement M. le Professeur Leriche, au mois de juillet 1932, que la phlébite en général soit causée par l'infection : elle doit être la conséquence d'un changement humoral sanguin que l'infection peut réaliser ou favoriser (comme d'autres causes, en particulier les changements humoraux postopératoires), mais ne se fait pas directement par lésion pariétale, sauf cas exceptionnels. Le fibrome crée-t-il parfois ce trouble humoral ? Ce n'est pas impossible, car dans un fibrome, il se passe souvent des résorptions d'éléments tissulaires morts comme dans nos tissus après une opération, et cela suffit peut-être à créer la dyscrasie sanguine qui fait faire la coagulation dans les veines à circulation ralentie par la compression, le séjour au lit, le repos musculaire. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'avons pas, dans ce chapitre, l'intention d'exposer les caractères anatomo-pathologiques de la phlébite, ainsi que ceux du fibrome; ces caractères étant décrits dans tous les traités classiques, il serait superflu d'insister. Nous voudrions seulement, à la lumière des observations que nous avons recueillies, essayer de faire ressortir les points intéressants que les comptes rendus opératoires d'une part, et les autopsies d'autre part, nous ont permis d'observer, concernant la phlébite et le fibrome, dans le cas particulier où ces deux affections coïncident chez la même malade.

I. — La phlébite.

A. — SIÈGE DE LA PHLÉBITE.

Membres supérieurs : Un cas bras droit (Obs. XV).

Membres inférieurs :

A droite dans cinq cas (Obs. I, IV, X, XIII, XVI);

A gauche dans huit cas (Obs. III, VII, IX, XI, XII, XIV, XVII, XVIII).

Membres inférieurs : Bilatérale dans trois cas (Obs. II, VI, XIII).

Membres inférieurs et supérieurs : Dans un cas (Obs. V).

Les veines qui, au cours de ces observations et de ces comptes rendus d'autopsie, ont été signalées comme atteintes sont surtout la veine iliaque externe, la veine fémorale, la veine saphène interne.

B. — TYPES DE LA PHLÉBITE.

Picou, dans sa thèse, distinguait deux types :

Premier type : Phlébite de cause infectieuse associée à une cause mécanique : la compression.

Deuxième type : Phlébite de cause infectieuse.

Cette distinction nous semble tout à fait arbitraire, ces deux causes étant le plus souvent associées pour constituer la lésion.

La compression agit comme cause adjuvante et favorisante, en irritant, d'une part, la paroi veineuse et déterminant une gêne et un ralentissement dans la circulation de retour. C'est surtout au niveau de la veine iliaque externe que s'effectue cette compression; aucune observation, en effet, ne mentionne l'existence d'une compression de la veine iliaque interne ou de l'iliaque primitive. L'infection, se surajoutant à la compression, produit deux sortes de lésions, qu'il nous faut maintenant étudier : la périphlébite et l'endophlébite.

1° LA PÉRIPHLEBITE. — Le processus inflammatoire atteint en effet les vasa-vasorum, les nerfs et les lymphatiques de la gaine périveineuse, ainsi que l'a bien établi Alquier, produisant ainsi des lésions de capillarite et de névrite, qui, s'ajoutant aux lésions des lymphatiques adventitiels, peuvent laisser autour de la veine des altérations cicatricielles, gênant sérieusement la circulation de retour. Cette périphlébite, à elle toute seule, c'est-à-dire sans thrombose veineuse, peut être, comme l'a très bien fait remarquer Ducuing, à l'origine d'une perversion vaso-motrice, pouvant se manifester sur la veine, à distance du point malade. Nous mettons pour notre part, sur le compte de cette périphlébite, les œdèmes légers et les douleurs des membres inférieurs qu'ont présenté certaines malades de nos observations avant l'apparition de phlébite proprement dite, constatable cliniquement.

2° L'ENDOPHLEBITE. — Nous ne décrirons pas les lésions que

produit l'infection au niveau des tuniques moyenne et interne surtout. Ces lésions sont celles de la phlegmatica alba dolens post-puerpérale; elles sont d'ailleurs exposées dans notre observation XVI. Nous voudrions surtout insister sur l'étude du caillot, conséquence de l'endophlébite, dont l'importance est capitale, car, on le sait, il est le point de départ de ces embolies qui sont extrêmement fréquentes dans le cas particulier de la phlébite au cours du fibrome.

Au point de contact du fibrome avec la veine, on trouve, à l'ouverture de cette dernière, des tuniques épaissies, une coloration rouge de l'endoveine, traduction macroscopique de l'endophlébite, et un caillot plus ou moins organisé. L'étendue de ce caillot est extrêmement variable. Duguet, dans une de ses observations, décrit un thrombus n'atteignant pas moins de 50 centimètres de longueur. Ce caillot peut, au membre inférieur, obstruer par ses ramifications tous les collecteurs de la jambe, de la cuisse et du petit bassin jusqu'à la veine cave. Parfois, surtout dans les phlébites des veines superficielles du membre inférieur, il est réduit à la longueur de 2 ou 3 centimètres.

Ce caillot n'obstrue pas toujours complètement la lumière veineuse. On sait depuis longtemps, en effet, que, dans les gros vaisseaux surtout (veines iliaques par exemple), à côté des thrombus « thrombosants », il en existe d'autres permettant la circulation dans la veine. Ducuing, à ce point de vue, distingue trois sortes de thrombus :

a) *Le thrombus pariétal*, « faisant à peine saillie dans l'intérieur du vaisseau et formant une plaque plus ou moins étendue sur la face interne »;

b) *Le thrombus obturant partiel*, « obstruant davantage le calibre de la veine, qui présente à son niveau un rétrécissement appréciable »;

c) *Le thrombus obturant total*, « bouchant complètement le conduit vasculaire et interrompant le cours du sang ».

Nous avons ainsi dans ces phlébites dont le thrombus n'obstrue pas complètement la veine l'explication de ces embolies

mortelles, qui se produisent au cours de l'évolution de certains fibromes, sans que l'on ait jamais constaté d'œdème pouvant faire penser à une phlébite. Le fait est très fréquent dans les phlébites abdomino-pelviennes, au cours de l'évolution d'un fibrome. Le danger de l'embolie est grand, car le caillot est constamment battu par le sang circulant, et, d'autre part, on n'immobilise pas les malades en raison du peu de symptômes auxquels donnent lieu ces thromboses.

Généralement extensif, au moins pendant un temps, le caillot s'allonge vers l'aval, dans la direction du courant sanguin, où il se termine, selon l'expression classique, « en forme de battant de cloche ». Il s'allonge aussi, à un moindre degré, vers l'amont, suivant le progrès de la lésion pariétale qui provoque la coagulation du sang. Ce caillot peut subir, au cours de son évolution, quelques transformations dont il nous faut maintenant dire quelques mots. Ces transformations sont au nombre de cinq :

a) *L'organisation du caillot*. — Grâce à un mécanisme qui est décrit dans tous les ouvrages classiques et que, pour cette raison, nous n'exposerons pas, le caillot peut s'organiser sous deux formes possibles : la transformation fibreuse pure et la transformation fibro-vasculaire, aboutissant toutes les deux à l'oblitération presque toujours complète de la veine, qui ne représente plus qu'un cordon dur, inutilisable pour l'organisme.

b) *L'émiettement du caillot*. — « Sous l'influence de causes encore hypothétiques, il se produit une désagrégation du coagulum, au niveau des couches périphériques. » Ces particules sont entraînées par le courant sanguin et, petit à petit, le caillot s'amointrissant, il arrive un moment où, le vaisseau ayant recouvré sa perméabilité première, la circulation normale devient à nouveau possible. Cet émiettement n'est pas sans danger pour la malade. Il se traduit cliniquement par une série de troubles pulmonaires : crachats hémoptoïques, point de côté, dyspnée, dont la répétition peut devenir

inquiétante. Ce fait peut être vérifié dans deux de nos observations (Obs. I et V).

c) *Le ramollissement simple du caillot.* — Le thrombus est alors constitué par une masse dont le centre est creusé d'une cavité; le tout ressemble assez bien à un kyste dont le contenu est formé par une matière pulpeuse qui n'est autre que la fibrine désagrégée.

d) *Le ramollissement suppuré du caillot.* — « Le ramollissement du thrombus est le fait, dans certains cas, d'une véritable suppuration; les parois veineuses et leur voisinage immédiat peuvent aussi suppurer. »

e) *La perméabilisation du caillot.* — « Il est tentant de croire, ainsi que le dit Delater⁽¹⁾, que, dans un thrombus ayant oblitéré totalement la lumière, la vascularisation lacunaire puisse aboutir à une reperméabilisation, à une tunellisation nouvelle du vaisseau. » Cette chose est très discutée. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'une grosse veine momentanément oblitérée peut être rendue à la circulation de retour.

Pourquoi le germe infectieux, entraîné dans le torrent circulatoire, se localise-t-il plutôt sur les veines que sur les artères ? Guillot, dans sa thèse, explique ce fait en disant que cela tient : d'une part, à la lenteur de la circulation veineuse, et, d'autre part, à la présence de valvules qui servent de points d'arrêt. Cette localisation peut se faire en n'importe quel point de l'organisme. Cependant on comprend qu'il existe des veines prédisposées, ce sont : les veines fémorale, humérale, axillaire, véritables « points morts » de la circulation (Lancereaux), où l'action de la vis à tergo est en partie épuisée.

II. — Le fibrome.

Quels sont les fibromes au cours desquels il faut craindre l'apparition de la phlébite ? D'après les observations que nous avons recueillies, d'après la structure anatomo-patho-

(1) G. Delater, *Les maladies des veines et leur traitement*, p. 153.

logique de certaines variétés de fibromes, nous proposons la classification suivante :

1° LES FIBROMES SOUS-MUQUEUX PÉDICULÉS OU NON. — Les deux causes principales de la phlébite : infection et hémorragies abondantes, se trouvent réalisées par ces fibromes. Leur situation, en effet, les prédispose à l'infection venant de la cavité utérine. D'autre part, ils entretiennent eux-mêmes cette infection, en soulevant la muqueuse utérine, rendant ainsi la cavité de l'utérus sinueuse et favorisant les rétentions septiques. Ces fibromes sont d'ailleurs le plus souvent accompagnés d'endométrite fongueuse avec infiltration œdémateuse des parois utérines et du paramétrium. L'infection et les hémorragies abondantes que donnent ces fibromes sont intimement liées depuis que M. le Professeur Tixier, dans son magnifique rapport au Congrès de chirurgie de Paris de 1924, a montré que c'était l'infection torpide de ces fibromes, créant ce qu'il appelait « la septicémie chronique des fibromateuses », qui occasionnait ces hémorragies redoutables par leur abondance et leur durée, amenant chez les malades un état d'anémie très marqué.

Dans cette catégorie, nous pouvons faire entrer les polypes sphacelés, depuis ceux de petit volume, rattachés à l'utérus par un pédicule assez grêle, jusqu'aux volumineux polypes utéro-vaginaux de Pozzi, distendant vagin et utérus et exerçant une compression énorme sur les vaisseaux veineux du petit bassin.

2° LES FIBROMES A DÉVELOPPEMENT PELVIEN. — Nous voulons surtout parler ici des fibromes enclavés avec rétroversion, ou compliqués de péritonite adhésive, le plus souvent d'ailleurs symptomatique d'une annexite. Les troubles de compression vasculaire sont encore plus considérables lorsque ces fibromes fixés dans le pelvis se prolongent latéralement dans l'épaisseur des ligaments larges (fibromes intraligamentaires).

3° LES FIBROMES ATTEINTS DE DÉGÉNÉRESCENCE. — Ces fibromes sont, en effet, le siège de résorptions d'éléments tissu-

laïres morts qui occasionnent vraisemblablement la dyscrasie sanguine amenant la coagulation dans les veines. Parmi ces dégénérescences, il en est une d'une importance capitale au point de vue de notre sujet : c'est la nécrobiose des fibromes utérins qui a été si magistralement étudiée par notre maître le Professeur Bégouin et par toute l'école gynécologique bordelaise. Ces fibromes, qui macroscopiquement ont une couleur tantôt lie de vin ou hortensia, tantôt verdâtre avec places jaunes ou brunes, présentent microscopiquement des vaisseaux sanguins particulièrement dilatés, gorgés de globules rouges avec hémorragies interstitielles et thromboses veineuses.

4° LES FIBROMES VOLUMINEUX, qui, étant donnée leur masse, compriment inévitablement les gros vaisseaux veineux de l'abdomen, amenant ainsi une stase veineuse et une dilatation considérable des plexus veineux du bassin qui prédisposent aux thromboses et aux phlébites.

5° LES FIBROMES SUPPURÉS. — Nous faisons entrer dans cette catégorie bien entendu les fibromes non pédiculés sphacelés ou suppurés et les fibromes sous-péritonéaux pédiculés sphacelés et infectés, l'infection se faisant le plus souvent par des adhérences établies entre la tumeur et les organes voisins septiques (intestin, rectum, appendice enflammé, annexes suppurées).

Tels sont les principaux points d'anatomie pathologique qu'il nous a paru intéressant de préciser avant de passer à l'étude clinique et au traitement.

ETUDE CLINIQUE

Nous basant sur les différentes observations que nous publions, nous distinguerons dans ce chapitre cinq types cliniques de malades, le premier en rapport avec le siège du fibrome, les quatre autres dépendant surtout de la phlébite. Ces formes cliniques sont : la forme anémique; la forme phlébitique simple, la forme embolique; la forme septico-polyhémique, et la forme à début phlébitique.

I. — Forme anémique.

Il s'agit, en général, d'une malade qui, depuis plusieurs années, a un fibrome d'un volume quelconque, mais le plus souvent de siège sous-muqueux, pédiculé ou non. Cette malade, au début, a présenté des ménorragies parfaitement supportées. Mais, petit à petit, ces pertes sanglantes ont augmenté, se prolongeant durant tout le mois, et, détail intéressant, cette augmentation des pertes de sang coïncide le plus souvent avec l'apparition d'une phlébite des membres inférieurs; un état d'anémie très important s'est créé, et la malade, que l'on examine à l'hôpital, dans cet état, se présente plutôt comme une hémorragique que comme une phlébitique : elle a une figure d'une pâleur cireuse, les paupières et les joues bouffies. La voix est faible, la respiration superficielle. Elle a des troubles digestifs, de la perte de l'appétit, quelquefois des vomissements qui succèdent à une céphalée tenace. Un examen de sang montre une diminution importante du nombre des globules rouges (aux alentours de 2.000.000). Quelquefois, on trouve une augmentation non moins importante des leucocytes (12.800 au 2^e examen dans

l'observation I). Cela cadre tout à fait avec les idées émises par M. le Professeur Tixier au Congrès de chirurgie de Paris de 1924. Pour cet auteur, en effet, l'anémie n'est pas seulement en rapport avec les hémorragies importantes des fibromateuses, mais elle dépend aussi, en particulier dans les fibromes sous-muqueux ou interstitiels exposés, de l'infection torpide, à point de départ utérin, par « septicémie chronique fibromateuse ».

Le type clinique que nous venons de décrire se retrouve d'une façon parfaite dans l'observation I. Il est, d'autre part, nettement signalé dans les observations II, III, IV, IX, XII.

II. — Forme phlébitique simple.

Ce sont les symptômes classiques de la phlébite. La douleur et l'impotence du membre, l'œdème blanc sans godet, le cordon dur et douloureux, s'observent à un degré variable, accompagnés d'une poussée fébrile plus ou moins marquée.

Cette phlébite siège tantôt au membre inférieur gauche, tantôt au membre inférieur droit, tantôt au membre supérieur. Enfin, elle peut affecter le type de phlébite à bascule (Obs. II, VI, XIII).

Ce type clinique peut être vérifié nettement dans les observations VII et IX.

III. — Forme embolique.

A. FORMES NON MORTELLES D'EMBLÉE. — Ce sont surtout des formes douloureuses et hémoptoïques : chez une fibromateuse ayant une phlébite, apparaît un point de côté violent et sans cause apparente, accompagné de dyspnée. Au bout de trente-six à quarante-huit heures, surviennent quelques petites secousses de toux suivies d'une expectoration de sang. Le sang peut être rouge, mais plus souvent encore noirâtre, jus de réglisse. Ces crachats se répètent pendant quelques jours (trois

à quatre habituellement). Malgré cela, les troubles physiques sont nuls en général (Obs. I). Quelquefois, on a des formes hémoptoïques pures, qui se traduisent uniquement par quelques crachements de sang (Obs. III).

Le plus souvent, ces formes sont bénignes; elles peuvent cependant quelquefois aboutir à la mort de la malade (Obs. I).

B. FORMES MORTELLES D'EMBLÉE :

a) *Formes syncopales*. — La malade, qui allait tout à fait bien, meurt subitement (Obs. X et XVI). Dans l'observation XII, c'est à l'occasion d'un mouvement qu'elle fit pour se mettre sur le bassin que la malade fut prise subitement d'un accès de suffocation et mourut en dix minutes. Ce sont là des formes dramatiques, et Ducuing, parlant d'elles à l'occasion des phlébites postopératoires, dit très justement : « Quelle que soit l'habitude que nous ayons de ces scènes impressionnantes, nous ne pouvons assister impassible à la disparition si brutale d'un être vivant, à la ruine de nos efforts au moment où tous les espoirs semblaient permis. »

b) *Formes asphyxiantes*. — Dans celles-ci, la mort survient plus lentement : sans prodromes, la malade pousse un cri de terreur, son visage est angoissé, bientôt cyanosé, reflétant une souffrance atroce. Elle est en proie à la plus vive dyspnée. Elle assiste, sans avoir même la force de se plaindre, à son asphyxie progressive, qui dure habituellement plusieurs heures. Cette forme asphyxiante se retrouve nettement dans les observations I et XI.

IV. — Forme septico-pyohémique.

Chez une fibromateuse ayant une phlébite banale apparaît de la fièvre. Celle-ci est toujours élevée, aux alentours de 39 degrés le soir, précédée de petits frissons. Elle se prolonge pendant plusieurs jours, affectant comme courbe le type hectique : une ligne brisée, restant au-dessus de la nor-

male avec des oscillations quotidiennes de un degré à un degré et demi autour de 39 degrés. En même temps, l'état général devient mauvais : la malade devient prostrée, indifférente; elle n'a plus d'appétit. Les urines peuvent être albumineuses. Le pouls est petit, rapide et irrégulier. La respiration est accélérée et superficielle. C'est là une forme très grave, aboutissant le plus souvent à la mort de la malade.

Un exemple frappant de cette forme septico-pyohémique nous a été fourni par M. le Professeur agrégé Charrier (Obs. II).

V. — Forme à début phlébitique.

Cette forme peut être observée dans deux de nos observations (Obs. VII et XIII) : Les malades étaient entrées dans un service de médecine pour phlébite, et ce n'est que grâce à un examen méthodique que l'on a pu déceler la présence de fibromes utérins.

*
* *

La classification de ces types cliniques est évidemment très schématique. Il est rare de les trouver chez les malades aussi tranchés que nous les avons décrits. Le plus souvent, en effet, ils s'intriquent; c'est ainsi que dans l'observation V, par exemple, nous voyons, réunies chez la même malade, les formes septicémique et embolique, et dans l'observation III, les formes anémique et embolique.

DIAGNOSTIC

La première question qui se pose est de savoir s'il existe vraiment une phlébite. Dans la plupart des cas, ce diagnostic est facile. Cependant, dans certains cas, la phlébite peut être silencieuse au cours des fibromes utérins : la tumeur occupe le premier plan, les signes subjectifs, la fièvre manquent ou sont négligeables, l'œdème et les dilatations veineuses sont attribuées aux varices; parfois une lésion cardiaque, fréquente chez les fibromateuses, provoque l'infiltration des membres inférieurs qui masque la thrombose veineuse. Mais la palpation attentive des veines, l'examen de la température, l'étude du pouls, dont la fréquence serait, d'après Michel, un bon signe de thrombo-phlébite du bassin, la pression douloureuse du tibia, signalée par M. le Professeur Sabrazès (*Gaz. hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1919, n° 1, p. 8), permettraient d'affirmer l'existence de la phlébite.

Une deuxième question, non moins importante, qui se pose, est la suivante : Etant donnée une phlébite apparaissant au cours de l'évolution d'une tumeur utérine constatée cliniquement, est-on en présence d'un fibrome ou d'un cancer ? La phlébite des cancéreux est chose connue et classique : c'est le plus souvent une phlébite cachectique apparaissant à la période terminale de l'évolution du cancer. Le diagnostic est capital non seulement au point de vue des indications opératoires, mais encore au point de vue de la technique opératoire.

Le cancer du col utérin est facilement éliminé, du fait du caractère de ses hémorragies, différentes de celles du fibrome d'une part, et des lésions typiques que le toucher permet de déceler au niveau du col utérin.

Quant au cancer du corps utérin, c'est un cancer qui survient surtout après la ménopause. Lui aussi donne lieu à des hémorragies différentes de celles du fibrome. Nous voyons donc l'importance du toucher et de la constatation du type, ménorragique des hémorragies, concernant cette partie du diagnostic.

Enfin, nous ne voulons pas terminer ce chapitre sans conseiller l'hémoculture, surtout dans les formes à tendance septicémique. Elle a une importance non seulement diagnostique, car elle permet de dépister une forme septicémique évoluant plus ou moins à bas bruit, mais encore elle a une valeur dans l'établissement du pronostic qui est d'une gravité toute particulière dans ces formes, ainsi que nous l'avons dit dans notre précédent chapitre.

PRONOSTIC

Le pronostic est, d'une façon générale, relativement mauvais. Les malades sont d'abord exposées aux complications communes à toute phlébite, quelle qu'en soit la cause : abcès phlébitiques, lymphangites, etc., ainsi qu'aux séquelles ordinaires : atrophie musculaire, œdème persistant, troubles trophiques divers. Mais ce qu'il faut le plus redouter, c'est : l'embolie pulmonaire, qui est d'une fréquence toute particulière chez les fibromateuses. Bazor, dans sa thèse de Paris, 1894 : *De la mort subite dans les fibromes utérins*, avait signalé 16 cas de mort subite au cours de l'évolution de fibromes de l'utérus. Sur ces 16 cas, 11 seraient dus, selon l'auteur, à une embolie pulmonaire d'origine phlébitique. Dans les 18 observations que nous avons pu recueillir, nous relevons 5 morts d'embolie. Nous nous permettons de faire remarquer que sur ces 5 malades, 4 avaient été traitées médicalement, la cinquième (Obs. X de notre travail) n'ayant subi aucun traitement.

A quoi peut-on attribuer la fréquence de cette grave complication ? Le plus souvent, ces embolies sont la complication de phlébites pelvi-abdominales. Or ces phlébites, selon Ducuing, qui les a magistralement étudiées, passent bien des fois inaperçues, parce qu'elles sont latentes, frustes ou camouflées derrière une phlegmatia alba dolens, et qu'on les soigne moins bien de ce fait. Les malades porteuses d'un gros fibrome accusent les varices ou la fatigue de provoquer les vagues douleurs et l'œdème dont elles sont atteintes. Elles négligent de voir le médecin, continuent à vaquer à leurs occupations journalières, imprimant ainsi aux veines thrombosées des mouvements brusques qui finissent par fragmenter le caillot.

Ajoutons encore, ainsi que l'a très bien fait remarquer Ducuing, que des facteurs physiologiques (contractions intestinales, évacuation vésicale) s'opposent à l'immobilisation absolue des régions malades au cours des phlébites pelvi-abdominales, et nous aurons, je le crois, l'explication de la fréquence de ces redoutables embolies, véritables « coup de foudre dans un ciel serein », selon l'expression de Wyder, qui déconcertent le chirurgien et assombrissent tout particulièrement le pronostic de la phlébite au cours de l'évolution des fibromes utérins.

TRAITEMENT

Nous nous empressons, au début de ce chapitre, de déconseiller le traitement radiothérapique, nous élevant ainsi contre l'opinion de M. le Docteur Mirelli, qui, dans un article paru dans la *Rivista d'ostetricia e ginecologia pratica* en septembre 1930, préconisait vivement l'emploi des radiations dans le traitement des fibromes utérins compliqués de phlébite. Nous savons en effet, depuis les rapports de Labey et Tixier au Congrès de chirurgie de Paris de 1924, depuis l'article de notre maître M. le Professeur Bégouin, concernant le traitement des fibromes utérins, paru dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (23 nov. 1924), que les fibromes compliqués ou soupçonnés de complications ne doivent pas être traités par les radiations, sous peine d'échec ou d'aggravation. ●

Ayant éliminé le traitement radiothérapique, nous étudierons dans une première partie : le traitement médical et le traitement chirurgical, qui conviennent seuls dans les fibromes compliqués de phlébite. Dans une deuxième partie, enfin, nous indiquerons les différents cas cliniques qui, à notre avis, sont justiciables du traitement médical ou du traitement chirurgical.

PREMIERE PARTIE

I. — Traitement médical.

Ce traitement médical s'adresse uniquement à la phlébite.

A. — TRAITEMENT CLASSIQUE.

Dès que la phlébite est soupçonnée sur le moindre petit signe, à plus forte raison quand elle est certaine, l'immobilisation du membre doit être faite immédiatement, c'est le

temps capital du traitement. Certains chirurgiens préconisent l'immobilisation dans une gouttière de Bonnet. D'autres, en particulier Ducuing, rejettent cet appareil pour se contenter d'une immobilisation à l'aide de draps roulés placés de chaque côté du membre. Celui-ci doit être un peu surélevé, en abduction légère, le pied maintenu à angle droit par un coussin.

Il faut éviter les escarres des fesses et des talons; il faut, par tous les moyens, tenir les malades dans le plus grand état de propreté, éviter l'humidité de la région fessière qui s'accompagne presque toujours d'apparition d'escarres et de pus bleu. Le lit mécanique rendra à ce point de vue les plus grands services, les ronds en caoutchouc seront aussi à conseiller. Tous ces petits soins demandent une grande habitude, un grand dévouement, une grande patience, mais ils transforment le pronostic de la phlébite.

B. — MÉDICATION ANTICOAGULANTE.

a) *Le citrate de soude*. — L'action de ce médicament est très discutée. Le citrate de soude est un puissant anticoagulant *in vitro*, mais *in vivo* son action est bien différente : il semble agir, au contraire, en augmentant la coagulabilité du sang. Il possède aussi une action vaso-constrictive marquée par l'action du sympathique. Pour obtenir l'hypocoagulabilité *in vivo*, il faudrait administrer des quantités de citrate de soude, incompatibles avec la vie.

b) *Les sangsues*. — C'est Termier qui, au Congrès de chirurgie de 1922, a proposé l'emploi des sangsues pour le traitement des phlébites. A la suite des recherches de Jeannin et de P.-E. Weil, nous savons que la sangsue crée une hypocoagulabilité et une hémophilie générale du sang circulant. L'intensité de cette hémophilie croît avec le nombre de sangsues que l'on applique. Cette thérapeutique a été vivement critiquée par certains auteurs.

Dans les phlébites où nous avons vu employer ce traite-

ment, il a toujours été accompagné de succès. Aussi nous pensons, avec M. le Professeur J.-Louis Faure, qu'une telle thérapeutique doit être conseillée. En tous les cas, elle ne peut certainement faire aucun mal à personne.

C. — LA MOBILISATION. LE LEVER DES MALADES APRÈS
LES PHLÉBITES.

Nous ne saurions mieux faire que de conseiller la conduite de Ducuing pour cette partie du traitement médical.

« Nous mobilisons nos malades dès que, depuis une dizaine de jours, ils n'ont plus d'élévation de température, que l'œdème diminue ou n'augmente plus, que les douleurs provoquées ou spontanées sont nulles. Par température normale, il faut entendre une température rectale ne dépassant pas 37 degrés le matin et 37°4 le soir; par pouls normal, il faut entendre un pouls n'atteignant pas 80.

» Au bout du temps indiqué, nous faisons nous-même un effleurage très léger du membre et nous pratiquons la mobilisation passive des orteils. Si le soir nous constatons une modification de la température ou du pouls, même très légère, nous n'insistons pas davantage. Si, au contraire, rien de fâcheux ne se produit, nous continuons dans les jours qui suivent la mobilisation des orteils, de l'avant-pied, puis du cou-de-pied; nous continuons aussi l'effleurage, bien entendu pendant cinq minutes environ.

» Au cours des semaines qui suivent, le traitement est conduit de la façon que voici, mais nous sommes toujours prêt à nous arrêter à la plus légère reprise des phénomènes généraux ou locaux.

» *Deuxième semaine.* — Si tout va bien, les séances d'effleurage seront portées à dix minutes et seront un peu plus « appuyées »; on continuera également la mobilisation passive en s'attaquant au genou vers le dixième jour, à la hanche vers le quinzième. Vers la fin de cette semaine, la malade sera assise sur son lit.

» *Troisième semaine.* — Massage profond des masses musculaires. La mobilisation active commencera par des mouvements des orteils et du cou-de-pied; la malade pratiquera ensuite quelques mouvements dans le plan du lit, enfin des mouvements de flexion des hanches.

» *Quatrième semaine.* — Continuer toujours le massage et la mobilisation; la malade laissera de temps en temps pendre les jambes hors du lit, puis se lèvera. Pour marcher, elle s'appuiera sur le dos d'une chaise ou donnera le bras à son infirmière. Il faut déconseiller l'usage des béquilles qui retardent la marche normale. La malade, dès ses premiers pas, évitera de porter le pied en rotation externe. Elle placera plutôt la pointe du pied en dedans, de façon à mobiliser l'articulation tibio-tarsienne, et à ne pas conserver une attitude vicieuse de rotation externe.

» La malade prendra ensuite un long repos de deux heures, les membres enveloppés dans une couverture de laine. »

II. — Traitement chirurgical.

Nous exposerons successivement les différentes méthodes chirurgicales relatives : à la phlébite; à sa complication la plus grave, si fréquente dans le cas que nous envisageons : l'embolie mortelle, et au fibrome utérin.

A. — TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PHLÉBITE.

a) *Les travaux de Robineau.* — Dès que l'on parle, au moins en France, du traitement chirurgical de la phlébite et de l'embolie, on cite immédiatement le travail de Robineau. Ce travail, une thèse en l'espèce, date de 1898 et porte comme titre : *Le traitement chirurgical des phlébites*. Voici, résumées, les conclusions de ce remarquable travail :

« I. — Le traitement chirurgical est susceptible de guérir les inflammations veineuses circonscrites compliquant les varices, hémorroïdes, varicocèle et les phlébites des sinus craniens.

» II. — En même temps que la phlébite, il faut toujours traiter la plaie ou la maladie, source de l'infection.

» III. — Dans son acception la plus générale, le traitement se compose de deux temps principaux :

» a) La ligature des veines efférentes ou tout au moins de la principale;

» b) La désinfection des veines enflammées.

» IV. — S'il était permis d'étendre ces notions générales de thérapeutique des phlébites, on pourrait concevoir un traitement chirurgical de la phlegmatia alba dolens; on ne serait d'ailleurs autorisé à l'appliquer qu'en présence d'accidents graves d'embolies ou de septicémie. »

b) *Les travaux de Sippel, Trendelenburg, C. Jeannin, etc.*
— Ces travaux ont trait à la thérapeutique des phlébites utéro-pelviennes. Le principe de ce traitement chirurgical est le suivant : la résection des veines décrite par Sippel en 1894, opération meutrière, est aujourd'hui abandonnée. On ne pratique plus que la ligature à la Trendelenburg. Le but est de barrer la route à l'embolie ou aux infections microbiennes, ainsi que cela se fait dans les phlébites de la jugulaire.

La technique est la suivante : on utilise la voie transpéritonéale :

Pédicule utérin supérieur. — « Lier le pédicule en masse au-dessus de la partie indurée, sans chercher à disséquer la veine. S'assurer qu'on ne lie pas l'uretère. »

Pédicule utérin inférieur. — « L'opération est beaucoup plus délicate. Ne jamais disséquer; porter la ligature en zone saine, soit sur les hypogastriques, soit sur les iliaques primitives, soit même sur la veine cave. »

Ces opérations ont été employées surtout dans les phlébites avec septico-pyohémie. Les résultats obtenus n'ont pas été jusqu'ici très brillants. Les malades qui ont résisté à l'acte opératoire sont morts, en effet, dans la majorité des cas, soit du processus phlébitique qui s'étendait malgré la

ligature, soit de suppurations locales, soit d'autres accidents infectieux. Quelques succès viennent cependant d'être publiés dans le travail de Ferrari et Houel : *L'hystérectomie abdominale subtotale et les ligatures veineuses dans l'infection puerpérale* (Bull. de la Soc. d'obst. et de gynécol., 1928, et Arch. franco-belges de chir., janv. 1927, t. 30, p. 1-23).

Que faut-il penser de ces ligatures veineuses ? Nous ne saurions mieux faire que de citer ici l'opinion de Ducuing, à laquelle nous nous rangeons. « Pour ce qui nous concerne, connaissant d'une part l'étendue des lésions dans les phlébites à point de départ utéro-pelvien, connaissant d'autre part l'existence des anastomoses, entre les deux systèmes caves, nous nous demandons si la ligature de la veine cave inférieure constitue un barrage absolument efficace contre la septico-pyohémie. A supposer que ce barrage soit momentanément efficace, on peut se demander si le traumatisme déterminé par la ligature ne peut pas servir de point d'appel à la production d'un nouveau thrombus en aval du point de striction. »

B. — TRAITEMENT DE L'EMBOLE MORTELLE.

Nous voulons parler ici de la grosse embolie qui se localise dans le tronc de l'artère pulmonaire. C'est Trendelenburg et surtout Meyer qui ont préconisé, décrit et pratiqué les embolectomies. Ces opérations consistent essentiellement en l'ouverture de l'artère pulmonaire et l'ablation des embolus à l'aide de la pince de Trendelenburg.

Ces opérations n'ont pas été pratiquées en France. Entre les mains de chirurgiens entraînés comme Meyer et Kirschner, elles ont donné quelques succès retentissants. Aussi nous croyons qu'il est du devoir de tous les chirurgiens d'encourager cette chirurgie du mourant « si émotionnante, si décevante, si facilement critiquable », qui a cependant rendu la vie à quelques agonisants.

C. — TRAITEMENT DU FIBROME UTÉRIN.

Deux voies sont actuellement employées par les chirurgiens pour intervenir sur les fibromes utérins : La voie basse ou voie vaginale, la voie haute ou voie abdominale. Deux sortes d'opérations sont pratiquées : Les opérations conservatrices et les opérations mutilantes. Nous nous proposons d'étudier rapidement chacune de ces opérations suivant la voie employée par le chirurgien.

1° Voie vaginale.

a) *Opérations conservatrices* : Le curettage, la polypectomie.

α. *Le curettage*. — Le curettage, suivi de pansements utérins et d'une série d'injections très chaudes intra-utérines, est une opération qui est de moins en moins employée en matière de fibrome, et que nous déconseillons, car il entraîne l'ouverture d'innombrables portes d'entrée aux germes infectieux.

β. *La polypectomie vaginale*. — Lorsque le polype est de dimensions moyennes, son ablation est des plus simples : le polype est reconnu, saisi avec une ou deux pinces à tractions, abaissé et tordu jusqu'à ce qu'il se détache. Lorsque le pédicule est plus volumineux, il est préférable de le lier avec un fort catgut et de le sectionner au-dessous.

Lorsque le polype est volumineux (polypes géants de Pozzi), la technique très étudiée par Pozzi, Quénu, Demons (Congrès de chirurgie, 1901), Péan et Doyen surtout, consiste à diminuer la masse du polype, ou à agrandir la vulve. C'est ainsi qu'on a préconisé l'écrasement aux forceps (à dents de brochet de Jeannel) ou bien les sections antéro-postérieures de Quénu, en V de Doyen. Péan et Doyen, par le morcellement, Quénu par l'évidement, permirent l'extirpation plus facile de ces polypes. D'autres chirurgiens, à la suite de Dupuytren, préconisèrent les débridements vaginaux uni ou bilatéraux.

Les types d'opérations varient suivant les variétés de polypes en présence desquelles on se trouve :

Si le polype, bien pédiculisé, s'insère sur le col : museau de tanche, ce qui est rare; cavité cervicale, ce qui est plus fréquent, l'opération est simple et la section du pédicule se fait sans difficulté, sans qu'il soit besoin de dilatation préalable. Celle-ci deviendra nécessaire si le polype a son point d'implantation sur le corps et s'il n'est pas sorti de la cavité utérine.

Les polypes énormes non sphacélés ne pourront être extirpés que par morcellement (technique de Péan) : on attaque la tumeur par son centre, on la morcelle en enlevant des morceaux de fibrome de plus en plus gros jusqu'au moment où on arrive à énucléer sa base du tissu utérin.

Dans le traitement des gros polypes sphacélés de l'utérus, la polypectomie vaginale donne des résultats lamentables. (*Traitement chirurgical des gros polypes sphacélés de l'utérus*, Dr Villar, *Journ. de méd. de Bordeaux*, sept. 1931, p. 809) : « La polypectomie vaginale, opération hémorragique, détruit les barrières naturelles à l'infection et ouvre des vaisseaux qui vont résorber les produits virulents d'un milieu hyperseptique et amener la sidération de l'organisme intoxiqué massivement.

» Pour améliorer ces résultats lamentables, d'autres principes nous semblent devoir être suivis. L'essentiel est l'exérèse de tout le foyer d'infection et d'établir un large drainage par une intervention qui soit hémostatique : c'est l'hystérectomie totale abdominale supérieure à l'hystérectomie vaginale. »

b) *Opération mutilante* : L'hystérectomie vaginale.

Lorsqu'on est en présence d'un utérus fibromateux sans grosse tumeur, l'ablation d'une seule pièce est impossible et l'on aura recours aux procédés classiques de Doyen (hystérectomie vaginale par hémisection médiane antérieure) ou de Müller-Quénu (hystérectomie vaginale par hémisection médiane totale de l'utérus).

Lorsque l'on a affaire à des fibromes volumineux qu'il faut enlever d'abord avant d'extraire la coque utérine qui les renfermait, l'opération comprend alors les manœuvres suivantes : découverte des fibromes, puis ablation des noyaux fibromateux par énucléation s'ils sont petits, par morcellement (évidemment conoïde de Segond) s'ils sont volumineux, enfin ablation de l'utérus.

Les indications de l'hystérectomie vaginale sont bien rares à l'heure actuelle. On ne l'emploie guère plus que dans deux cas :

α. Fibromes très hémorragiques de petit ou de moyen volume chez des femmes à parois épaisses ou présentant des signes d'insuffisance hépato-rénale, rendant la voie haute aléatoire ou dangereuse.

β. La présence de fibromes infectés ou gangrenés avec supuration fétide, symptômes fébriles et toxiques; leur extirpation par l'abdomen reste toujours dangereuse. Cependant, si le volume du fibrome était tel que la voie basse soit manifestement impossible, il faudrait employer la voie haute, avec tamponnement à la Mikulicz, si ardemment repris par M. le Professeur J.-L. Faure.

2° Voie abdominale.

a) *Opérations conservatrices* : La polypectomie et la myomectomie abdominales.

α. *La polypectomie abdominale*. — La technique de cette opération est analogue à celle de la polypectomie vaginale : le ventre ouvert, après avoir luxé le fibrome entre les lèvres de l'incision pariétale, on lie et l'on sectionne ensuite le pédicule. Si le pédicule est mince, l'opération est simple. Si le pédicule est épais, il faut faire une véritable énucléation du fibrome au niveau de son pédicule.

Les fibromes pédiculés, véritables polypes abdominaux, semblent toujours justiciables de la polypectomie abdominale. Seules la multiplicité et la dégénérescence maligne de ces fibromes contre-indiqueraient l'opération conservatrice.

Pour ce qui est des fibromes sous-péritonéaux sphacelés et infectés, il faut intervenir le plus vite possible. Si la tumeur est bien pédiculée, on pourra se borner à l'extraire seule, en laissant l'utérus; si la base d'implantation est large, il vaut mieux pratiquer l'hystérectomie.

β. *La myomectomie abdominale.* — Nous n'insisterons pas sur la technique. Nous rappellerons seulement que cette opération comporte cinq temps principaux : l'incision de la paroi abdominale, la luxation de l'utérus hors du ventre, l'incision de l'utérus et l'énucléation des fibromes, la suture de l'utérus avec ou sans drainage vaginal, suivant que la cavité utérine est ouverte ou non, et la fermeture de la paroi abdominale.

Cette opération offre d'immenses avantages : elle permet d'enlever la tumeur bénigne, de conserver l'organe, de respecter les fonctions physiologiques. « Quant à la gravité de la myomectomie, qu'au début beaucoup de chirurgiens croyaient plus grande que celle de l'hystérectomie, elle ne semble plus pouvoir être invoquée contre l'opération conservatrice. Il suffit d'ailleurs, pour s'en rendre compte, de voir les remarquables résultats immédiats ou éloignés de la myomectomie, et, à son défaut, de l'hystérectomie fundique. » (Bégouin, *Fibrome utérin et myomectomie*, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 nov. 1929, p. 891).

Aussi, actuellement, la myomectomie ne doit pas être réservée aux femmes jeunes; il faut aussi la pratiquer chez des femmes d'âge mûr toutes les fois qu'elle ne paraît pas plus dangereuse que l'hystérectomie. Il est si important pour une femme de conserver le plus longtemps possible une vie physiologique normale, laquelle est conditionnée par la persistance de la fonction menstruelle.

Le type de ces opérations conservatrices varie suivant les cas. C'est ainsi que, dans notre observation VIII, nous voyons que M. le Professeur Cotte, ayant affaire à un utérus poly-fibromateux chez une femme de 42 ans, réséqua une partie de cet utérus, enleva les annexes gauches, mais conserva la plus

grande partie du corps utérin, la corne utérine droite et les annexes droites.

b) *Opération mutilante.* — L'hystérectomie abdominale, comprenant deux variétés : la subtotale et la totale. Nous n'avons pas l'intention d'entrer dans les détails de technique de ces deux opérations. Bien plus important, à notre avis, est de savoir si l'hystérectomie pour fibrome doit laisser ou non le col en place; en d'autres termes, si elle doit être subtotale ou totale.

Nous basant sur les nombreux rapports présentés au Congrès de chirurgie de Paris de 1924 concernant la question du traitement des fibromes utérins, nous pensons que dans les cas où le col est sain, et où aucun cancer du corps ne peut être soupçonné, l'hystérectomie subtotale doit être pratiquée de préférence à la totale, car, ainsi que l'a dit M. le Professeur J.-L. Faure, l'hystérectomie totale est une opération grave parce qu'elle est « plus longue que la subtotale, plus difficile, plus hémorragique, produisant un délabrement pelvien plus considérable et se rapprochant moins des conditions idéales de la chirurgie aseptique, car, quoi qu'en dise Labey, le vagin est moins facile à désinfecter que le canal cervical, dans lequel on peut plonger la lame d'un thermocautère ».

L'avantage de l'hystérectomie totale, c'est la facilité du drainage, c'est l'ouverture permanente du fond du bassin qui, en cas d'infection légère ou moyenne, présente certainement des avantages sur la subtotale sans drainage ou même avec drainage par incision postérieure du col. Aussi l'hystérectomie totale est-elle formellement indiquée quand il existe des lésions inflammatoires importantes des annexes, des collections suppurées, nécessitant un drainage vaginal.

L'hystérectomie totale est encore indiquée : 1° dans les cas où, en plus du ou des fibromes, il existe sur le col des lésions néoplasiques; 2° ceux dans lesquels il y a transformation maligne des tumeurs fibreuses; 3° ceux où il existe un fibrome du col non justiciable de la conservation; 4° ceux

où il existe un cancer du corps sur un utérus fibromateux.

Disons enfin, pour terminer cette partie de notre chapitre, que nous sommes partisan de la conservation d'un ovaire, ou même simplement d'un fragment d'ovaire sain, après hystérectomie, afin d'éviter à la femme les troubles nerveux et congestifs de la ménopause opératoire.

DEUXIEME PARTIE

La question des indications opératoires dans les fibromes utérins compliqués de phlébite est une question extrêmement délicate. Les docteurs Alamartine et Mallet-Guy, dans un article paru dans le *Lyon médical* de 1926, préconisaient l'intervention chirurgicale systématique, se basant sur ce fait que le plus souvent une phlébite des membres inférieurs n'est qu'un épisode au cours de l'évolution d'une phlébite des veines pelviennes qui peut très bien persister après guérison de la phlegmatia alba dolens, et ils concluaient de la façon suivante : « Il semble donc que l'on gagne plus que l'on ne risque à intervenir dans tous les cas sans attendre la résolution de la phlébite. »

Ce sont là, nous le croyons, des paroles un peu téméraires. Il nous semble, d'après les observations que nous avons recueillies, qu'il existe des cas où le traitement médical s'impose, et d'autres où le traitement chirurgical doit être uniquement envisagé. Ce sont ces différents cas que nous nous proposons d'envisager dans la deuxième partie de ce chapitre.

I. — Cas où l'on emploiera le traitement médical.

Ce sont tous les cas où le fibrome, ne présentant aucune complication susceptible d'indiquer formellement l'intervention (hémorragies abondantes, infection), s'accompagne de phlébite des membres inférieurs d'allure bénigne (douleurs facilement supportées par la malade, température à 37°4, pouls à 80, œdème rétrocedant au bout d'une dizaine de jours sous l'influence du traitement médical.

Seront encore justiciables du traitement médical les cas de difficulté opératoire importante (femmes obèses, femmes ayant une insuffisance hépato-rénale, fibromes enclavés dans le pelvis accompagnés de péritonite adhésive), à condition toujours, bien entendu, que la phlébite soit d'allure bénigne.

II. — Cas où l'on emploiera le traitement chirurgical.

A. — INDICATIONS VENANT DU FIBROME.

Ici, peu importe l'allure de la phlébite : il faudra toujours intervenir lorsqu'on sera en présence :

a) *De fibromes à hémorragies abondantes*, ayant amené chez la malade un état d'anémie marqué. Nous savons, en effet, que, le plus souvent, cette anémie, ces hémorragies profuses, sont en rapport avec une infection torpide du fibrome : l'ablation de l'utérus s'impose donc, avec naturellement toutes les précautions spéciales que comporte un état général si précaire, un terrain si propice aux complications septiques. Agir autrement, c'est abandonner là malade à l'évolution progressive d'une septicémie presque fatalement mortelle.

b) *De fibromes nécrobiosés*. — Nous savons encore ici, nous reportant au rapport de M. le Professeur Tixier au Congrès de chirurgie de Paris de 1924, et aux nombreux articles publiés par M. le Professeur Bégouin, que la nécrobiose des fibromes utérins commande l'intervention : « Laparotomie, exceptionnellement suivie de myomectomie simple lorsque le fibrome est nettement sous-péritonéal et plus ou moins pédiculé; le plus souvent, il est indiqué de pratiquer l'hystérectomie totale. »

c) *De fibromes infectés, suppurés, sphacélés*. — Nous ne reviendrons pas sur les différentes techniques à employer. Nous dirons seulement que l'hystérectomie devra toujours être faite, de même que le drainage, celui-ci s'effectuant par

le vagin, au moyen d'une mèche ou d'un drain, ou par l'abdomen, au moyen d'un tamponnement à la Mikulicz, ainsi que l'a ardemment conseillé M. le Professeur J.-Louis Faure.

B. — INDICATIONS VENANT DE LA PHLÉBITE.

a) *Dans les formes septico-pyohémiques*, il n'y a pas deux traitements à considérer, il n'y en a qu'un : c'est l'intervention chirurgicale. Et ici peu importe l'obésité de la malade, peu importe la bénignité du fibrome, peu importe les difficultés opératoires, coûte que coûte, il faut opérer, et le plus rapidement possible. Faut-il faire des ligatures veineuses ? Nous croyons, étant donné ce que nous avons dit de ces ligatures au moment du traitement chirurgical de la phlébite, que leur pratique est inutile.

b) *Dans les formes emboliques*, l'indication d'opérer est aussi impérieuse. Cependant nous ne conseillons pas d'intervenir dès la manifestation de la première embolie; mais si une deuxième manifestation embolique survenait, surtout à une époque très rapprochée de la première, là encore, coûte que coûte, il faudrait opérer.

*
**

En résumé, si nous conseillons le plus souvent le traitement médical dans la phlébite au cours de l'évolution des fibromes utérins, il est cependant des cas bien nets où le traitement chirurgical s'impose. Ce traitement chirurgical, loin de donner des résultats désastreux, semble, d'après les observations que nous rapportons, avoir donné jusqu'à présent des résultats éclatants.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉGOUIN.)

L... (Stéphanie), épouse M..., 48 ans, entre le 22 mai 1931 dans le service de M. le Professeur Bégouin, envoyée par M. le Docteur Lafargue, chirurgien des hôpitaux. Cette femme, qui, depuis l'âge de 26 ans, avait des ménorragies (durant 8 à 10 jours chaque mois, présentait, il y a une dizaine de jours environ, des phénomènes douloureux du membre inférieur droit, sans gros œdème, accompagnés d'une fièvre modérée (37°5-38°). Le Docteur Gautret, qui l'examina à cette époque, porta le diagnostic de phlébite du membre inférieur droit et institua le traitement en conséquence. Il faut noter qu'à ce moment les ménorragies avaient augmenté d'abondance au point de se prolonger pendant le mois entier. Elles prirent tellement d'importance que ce fut comme une hémorragique plutôt que comme une phlébitique que la malade fut admise à l'Hôpital Saint-André, salle 8, lit 20. Notons qu'elle n'accusait aucun trouble vésical, aucune douleur dans le bas-ventre. Légère constipation.

Examen : Femme très anémiée; visage blanc jaunâtre, lèvres et conjonctives palpébrales décolorées. La vue est un peu trouble, la respiration superficielle. La voix est faible, et la malade répond à peine aux questions qui lui sont posées. Température, 37°8.

L'abdomen ne présente rien d'anormal. Pas de circulation collatérale. Pas d'ascite. La palpation est facile, indolore et ne révèle rien de particulier.

Toucher vaginal :

Col : situé sous la symphyse, n'offre aucun caractère pathologique, en particulier pas de polype sphacélé.

Corps du volume d'un gros poing, avec deux noyaux de dimensions d'une noix : l'un sur la face antérieure, l'autre au niveau du pôle supérieur, de consistance fibreuse, mobiles et indolores. Aucune trace d'annexite. Cependant la palpation du cul-de-sac latéral droit est douloureuse.

L'examen des autres appareils n'a rien révélé de particulier.

Tension artérielle : Mx, 11; Mn, 6; Io, 2,5.

Urines : ni sucre, ni albumine.

En résumé : Il s'agit d'une femme ayant des ménorragies parfaitement supportées, chez qui est apparue sans cause évidente une phlébite du membre inférieur droit, en même temps que les pertes de sang ont pris une importance inquiétante, créant chez cette malade un état anémique formidable. Le toucher a confirmé le diagnostic du fibrome utérin.

On immobilise le membre inférieur en bonne position et on institue un traitement antihémorragique (anthéma tous les jours, injections sous-cutanées de sérum physiologique). Injections vaginales avec eau oxygénée. Un examen du sang pratiqué le 26 mai 1931 a donné les résultats suivants :

Temps de saignement, 2';

Temps de coagulation, 8';

Hémoglobine, 55 p. 100;

Hématies, 2.860.000;

Leucocytes, 4.600;

Polynucléaires, 70 p. 100;

Eosinophiles, 2;

Lymphocytes, 27 p. 100;

Mastzellen, 1.

La malade demeure ainsi pendant huit jours. Les douleurs du membre inférieur droit sont moins fortes. Les pertes de sang sont un peu moins abondantes. La malade se sent mieux. Température, 37 degrés.

Le 3 juin 1931, sans cause apparente, la malade est prise subitement d'un violent point de côté avec dyspnée intense. Le lende-

main, la douleur thoracique s'est atténuée, la dyspnée est moins accentuée, mais la malade expectore quelques crachats de couleur noirâtre, qui persistent durant deux jours environ. Un examen de sang à nouveau pratiqué le 4 juin 1931 donna les résultats suivants :

Temps de saignement, 3';

Temps de coagulation, 6'30;

Hématies, 2.900.000;

Leucocytes, 12.800;

Polynucléaires, 76 p. 100;

Eosinophiles, 3;

Lymphocytes, 18 p. 100.

Quelques hématies polychromatophiles, une hématie nucléée anisocytose.

Le 7 juin 1931, une heure environ après le repas du soir, la malade pousse un cri, son visage est angoissé, bientôt cyanosé, reflétant une souffrance atroce. Elle est en proie à une violente dyspnée, qui va en s'accroissant, et la malade meurt deux heures environ après le début des phénomènes asphyxiques.

L'autopsie démontra l'existence de deux noyaux fibromateux sous-muqueux, un noyau intramural et un noyau sous-péritonéal non sphacélé.

Dans le poumon droit, lésions d'infarctus pulmonaire. En incisant l'artère pulmonaire, on trouve dans son intérieur un caillot cylindrique de la grosseur du petit doigt.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé CHARRIER
et de M. le Docteur CHAVOIX.)

Mme L...-D..., 46 ans, ménagère. Réglée à 15 ans, règles normales, non douloureuses; pas de pertes blanches, 4 grossesses normales, pas de fausses couches.

Cette femme, qui, jusqu'en janvier 1926, était bien portante, commence à souffrir des deux jambes après de longues marches et de grandes fatigues. Ces douleurs, que la malade compare à des sensations de pesanteur, ne l'empêchent cependant pas de vaquer à ses occupations. A cette époque, elle était bien réglée; cependant, elle avait remarqué au moment des règles la présence de caillots. Dans les mois qui suivent, les douleurs augmentent au niveau des membres inférieurs : le fait de monter des escaliers lui est très pénible.

Le 23 avril 1926, la malade, au moment de ses règles, fait une hémorragie particulièrement abondante, le matin, en voulant uriner. Le Docteur Chavoix, immédiatement appelé, trouve une femme très affaiblie, ayant perdu beaucoup de sang. En l'examinant, il décèle la présence d'un gros fibrome. Il prescrit le repos au lit durant huit jours et fait le traitement antihémorragique classique. C'est à ce moment que M. le Professeur agrégé Charrier, appelé en consultation, voit la malade : celle-ci présente un facies fatigué, avec langue saburrale; légère diarrhée. Durant les huit jours, la température oscille aux alentours de 38 degrés avec petits frissons.

Toucher vaginal : col petit, rétro-pubien; fibrome du volume d'une tête d'adulte, irrégulier, légèrement douloureux à gauche, peu mobile; annexes non perceptibles.

Le huitième jour, la malade se lève, mais elle est prise de violentes douleurs dans le membre inférieur gauche. Dans la nuit, l'œdème apparaît, augmentant rapidement du pied à la racine de la cuisse et s'étendant, dans les jours qui suivent, jusque dans la région fessière et de la fosse iliaque gauche. Le Docteur Chavoix, appelé à nouveau, pose le diagnostic de phlébite du membre inférieur gauche et l'immobilise dans une gouttière. En raison de cette complication, le Professeur Charrier décide d'attendre pour pratiquer l'intervention. Au bout de quinze jours, les accidents sont plus graves : la température est à 39 degrés le soir, toujours à oscillations, et précédée de petits frissons. L'état général, le facies, sont nettement plus mauvais. La malade a beaucoup maigri, et, aggravant le pronostic, la phlébite du membre inférieur gauche

se complique de phlébite du membre inférieur droit, sans aucune localisation pulmonaire. Urines normales.

C'est alors que devant, d'une part, l'anémie marquée de la malade, d'autre part, l'aggravation de l'état général, malgré les deux phlébites existantes, le Professeur agrégé Charrier décide l'intervention.

Anesthésie générale à l'éther. On trouve un fibrome du volume d'une tête d'adulte, avec noyaux sous-péritonéaux et annexes fortement adhérentes à gauche, sans pus; hystérectomie subtotale sans difficultés spéciales; veines iliaques non thrombosées.

Suites opératoires parfaites : quatre jours après, toute température avait disparu. La malade fait une guérison normale et rapide. Elle sort de la clinique le 7 juillet 1926. A ce moment, les douleurs avaient disparu, mais les membres inférieurs étaient encore enflés. En deux ou trois mois, à la suite des soins du docteur Chavoix, tout œdème a complètement disparu.

Nous avons revu la malade le 10 octobre 1932. Son état général est parfait. Poids : 72 kilos. Les membres inférieurs ont un volume normal; cicatrice abdominale non douloureuse. Cette malade, qui fait un travail assez pénible, n'est pas gênée du tout pour vaquer à ses occupations. De temps en temps, elle ressent au niveau des jambes quelques douleurs d'ailleurs insignifiantes. D'autre part, cette malade a eu, il y a un an, un ulcère au niveau de la face interne du tiers inférieur de la jambe droite. Cet ulcère a été traité et est actuellement parfaitement guéri.

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur CHAUVENET, ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux, chirurgien de l'Hôpital de Thouars (Deux-Sèvres.)

Mme D..., âgée de 47 ans, malade du Docteur Frère. Cette femme est vue par moi pour des ménorragies sérieuses, avec état anémique prononcé, en relation avec un gros fibrome utérin à

développement pelvien peu mobile et douloureux. L'opération conseillée est alors refusée.

Cependant, la malade se décide enfin et arrive à la clinique avec une grosse phlébite du membre inférieur gauche. Température élevée oscillant entre 38 et 40 degrés. Mauvais état général. Ces accidents datent seulement de quelques jours. Le lendemain de son arrivée, la malade fait une petite embolie pulmonaire droite avec crachement de sang.

On essaie d'abord d'attendre, mais les phénomènes infectieux persistent, et il y a une série de petits accidents emboliques. L'arrivée des règles donne lieu à une nouvelle hémorragie, qui prend un caractère menaçant chez cette malade fatiguée, et l'on décide d'intervenir.

Opération le 24 février 1927. Anesthésie : éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale : gros fibrome du volume d'une tête d'adulte, bloqué dans le pelvis et difficilement enlevé par hystérectomie subtotal (procédé de Kelly). Réfection de la paroi en trois plans en drainant par un tube laissé quarante-huit heures. Suites opératoires simples. Rétrocession rapide des accidents infectieux. La pièce enlevée montre plusieurs nodules fibromateux à développement surtout sous-muqueux. Pas de thrombose visible des vaisseaux utérins et utéro-ovariens. Guérison.

OBSERVATION IV.

(Du même auteur.)

Mme Gu..., âgée de 42 ans, malade du Docteur Pillot. Cette malade a des hémorragies abondantes au moment de ses règles depuis de longues années. Depuis quelques mois, pertes sanglantes, parfois rouillées et fétides, de façon à peu près continue. Il existe aussi des douleurs dans le bas-ventre, la région lombaire et la face antérieure des cuisses. Quelques troubles de la miction. Depuis plusieurs semaines, état fébrile continu avec gros troubles de l'état général. Depuis une huitaine de jours, phlébite du membre inférieur droit.

Au moment de mon examen, je vois une malade pâle, au pouls rapide, à température élevée; gros œdème douloureux du membre inférieur droit. Pertes sanglantes. Utérus gros comme une tête d'adulte, dur, peu mobile, douloureux. Je conseille une intervention.

Opération le 2 décembre 1927. Anesthésie : éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale : gros fibrome avec pyosalpinx bilatéral. Ligaments larges et paramètre infiltrés d'œdème. Hystérectomie subtotale relativement aisée. Réfection de la paroi en un plan en laissant un drain pendant quarante-huit heures.

Les suites opératoires sont d'abord simples. La température tombe. Puis il se produit une nouvelle ascension thermique avec apparition d'une phlébite du membre inférieur gauche. Guérison. La pièce opératoire avait montré un gros fibrome du fond utérin nécrobiosé et plusieurs nodules sous-muqueux avec ulcération (non néoplasique) de la muqueuse qui les recouvrait. Un de ces nodules était à nu dans la cavité utérine.

OBSERVATION V.

(Thèse de PICOU, Montpellier, 1927.)

M. G..., 44 ans, exerçant la profession de sage-femme, entre à l'hôpital le 21 octobre 1925. Dans ses antécédents personnels, on note une typhoïde assez grave à 18 ans, une bronchite à 35. Célibataire. Fibrome depuis trois ans, pas d'hémorragies entre les règles, mais celles-ci deviennent de plus en plus abondantes. Le 27 septembre 1925, elle fait une chute dans l'escalier, après laquelle elle ressent des douleurs dans tout le membre inférieur gauche; elle marche difficilement en se servant d'une canne; vers le douzième jour après l'accident, la marche devient impossible, la jambe gauche est enflée.

Le Professeur Estor examine cette malade le 22 octobre 1925 et constate un œdème considérable de tout le membre inférieur gauche; cet œdème est dur, mais on ne sent pas de cordon le long

de la saphène interne; douleurs vagues à la pression sur le trajet de la fémorale; hydarthrose du genou. M. G. se plaint de son ventre; il existe, en effet, une tumeur abdominale volumineuse, que l'on délimite facilement par la palpation et qui remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Température légèrement subfébrile : 38 degrés. On pose le diagnostic de fibrome utérin et phlébite du membre inférieur gauche.

Le 26 octobre, on pratique une radiographie de la hanche et du genou gauche, où l'on a constaté de l'hydarthrose, et qui n'indique rien d'anormal. La malade reste à l'hôpital, et toutes les trois semaines environ elle a des accès de fièvre avec frisson, ascension brusque de la température jusqu'à 40 degrés, sensation d'étouffement, dyspnée, point de côté qui font penser à de petites embolies pulmonaires. Au moment de ces crises, on fait une prise de sang pour Wassermann, qui est négatif, pour hémoculture et examen direct, qui ne donne aucune indication sur l'existence d'un agent pathogène. En même temps, la phlébite, qui était primitivement à gauche, devient bilatérale et intéresse même d'une façon bénigne les deux membres supérieurs.

Au début du mois de mai 1926, la phlébite des membres supérieurs a disparu; elle persiste légèrement aux membres inférieurs; on décide une intervention. Azotémie excellente : 0 g. 21. Urines normales. Rien au cœur.

Le 6 mai, hystérectomie abdominale subtotale, sous rachianesthésie; la tumeur est facile à enlever et ne présente aucune adhérence; suites opératoires normales; mais quelques temps après l'intervention, il se déclare une lymphangite au membre inférieur gauche, persistante, à laquelle succède une pyodermie qui nécessite le transfert de la malade au service du Professeur Margarat; elle entre de nouveau dans le service du Professeur Estor, au commencement d'octobre 1926, guérie de sa pyodermie, mais la lymphangite s'est déclarée à nouveau, qui cède, d'ailleurs rapidement, sous l'influence du repos et des pansements humides. Cette malade a présenté, en outre, quelques troubles trophiques, en particulier deux ongles incarnés, dont les internes du service ont pratiqué l'ablation; quelques accidents infectieux aux yeux.

Après l'intervention, le fibrome a été examiné macroscopiquement et microscopiquement; pas de traces de sphacèle ou de dégénérescence quelconque; c'est un fibrome typique. La malade quitte l'hôpital fin octobre, complètement guérie.

OBSERVATION VI.

(MM. H. ALAMARTINE et L. MALLET-GUY, *Lyon médical*, 21 mars 1926, p. 327.)

Gros fibrome utérin. — Phlébite double apparue il y a quatre mois et persistant depuis. — Hystérectomie subtotala. — Guérison. — Résolution rapide de la phlegmatia.

Mme G... (Antoinette), âgée de 43 ans, n'a jamais été malade avant l'affection actuelle. Il y a cinq ans, apparaissent des pertes rouges anormales, qui, rapidement, deviennent très abondantes et inquiètent la malade.

En 1921, elle est vue par le Docteur Alamartine, qui constate la présence d'un fibrome, remontant jusqu'à l'ombilic et propose une intervention qui est alors refusée.

Au mois de janvier 1924, apparaît une phlébite droite, qui, rapidement, devient bilatérale et persiste sans amélioration jusqu'à l'entrée à la clinique, en mai 1924. Les pertes rouges, et les règles également, ont disparu depuis l'apparition de la phlébite. La température est subfébrile, atteignant 37°9-38 degrés presque tous les soirs. Le pouls est normal. La malade n'accuse aucune douleur, aucun trouble urinaire. L'examen ne révèle aucune modification de la tumeur utérine depuis la consultation précédente. La phlébite restant, aussi bien à gauche qu'à droite, sensiblement stationnaire, on décide d'intervenir le 6 mai 1924, sous rachianesthésie : on découvre un gros utérus myomateux, plus gros qu'une tête d'adulte. On le libère facilement, malgré d'importantes adhérences postérieures. Le col étant sain, on pratique rapidement l'hystérectomie subtotala, qui se termine sans aucun incident. On ne note pas de lésions extérieures visibles des plexus veineux péri-utérins.

Les suites opératoires sont particulièrement simples. Cicatrisation *per primam*. Huit jours après l'intervention, la malade commence à désenfler; le vingtième jour, elle se lève et quitte l'hôpital, alors que depuis quatre mois elle était confinée au lit. Elle est revue en excellente santé, fin décembre 1924 et au début de 1926.

OBSERVATION VII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

B... (Ariette), âgée de 36 ans, lingère. Réglée à 12 ans; règles normales, non douloureuses, ayant augmenté d'abondance depuis deux ans. Rougeole à 6 ans. Bronchite il y a 3 ans. Oreillons au mois de février 1932. Cette malade est prise brusquement, le 14 mars 1932, de douleurs dans les régions lombaires, avec irradiations à la face interne de la cuisse gauche. Ces douleurs ne l'empêchent cependant pas de travailler. Cet état dure trois jours. Puis les douleurs disparaissent dans les régions lombaires, mais elle commence à souffrir de la jambe et de la cuisse gauches. Elle marche difficilement. En même temps que ces douleurs, le membre inférieur gauche augmente progressivement de volume, d'abord la jambe, puis la cuisse, ce qui oblige la malade à cesser tout travail le 29 mars 1932. Son médecin, appelé, pose le diagnostic de phlébite du membre inférieur gauche et la dirige sur l'Hôpital Saint-André, à Bordeaux, où elle entre dans le service de M. le Professeur Mauriac.

En l'interrogeant, on apprend que cette malade, qui, jusqu'à il y a deux ans, était bien réglée, a constaté que ses règles devenaient de plus en plus abondantes, sans caillots. Le toucher vaginal pratiqué à ce moment décèle la présence d'un fibrome utérin, et la malade est transférée à l'Hôpital Boursier, dans le service du Professeur Guyot, où elle entre le 1^{er} avril 1932, salle 4, lit 35.

Examen. — Jambe gauche : Gros œdème mou avec godet, infiltration de la cuisse et douleur à la pression le long des vaisseaux fémoraux. L'œdème remonte jusqu'au tiers supérieur de la cuisse.

Toucher vaginal : Col en arrière, de consistance normale. Grosse

masse abdominale du volume d'une tête d'adulte paraissant faire corps avec l'utérus et se mobilisant avec lui. Cette masse est indolore, de consistance dure; pas de masses annexielles perceptibles; culs-de-sac souples; légère sensibilité à gauche. La mobilisation de la tumeur se fait facilement sans douleur, dans le sens latéral et vertical.

Pas de constipation, pas de troubles urinaires, pas de troubles cardio-vasculaires. Température, 37°6. Pouls, 110. Tension artérielle : Mx, 13; Mn, 6; Io, 1,5.

Urines : ni sucre, ni albumine. Urée sanguine : 0 g. 44. B.-W. : négatif.

Temps de saignement : 1'5. Temps de coagulation : 6'.

En résumé : il s'agit d'une malade atteinte de fibrome utérin compliqué de phlébite du membre inférieur gauche. On traite médicalement la phlébite : immobilisation, sangsues, citrate de soude. Les douleurs très vives, puisqu'elles nécessitaient des piqûres de morphine pour les calmer, disparaissent progressivement. Le pouls, après une ascension à 120, revient progressivement à 100, et le 13 avril le volume de la cuisse a nettement diminué. Le 3 juin, on commence à mobiliser le membre inférieur gauche et à faire de légers massages. Les règles demeurent toujours très abondantes. La malade commence à présenter un certain degré d'anémie. Le membre inférieur gauche ayant notablement diminué, on décide d'intervenir.

Le 20 juin, la malade tousse un peu; on fait de la révulsion et quatre injections d'eucalyptine et, enfin, on l'opère le 24 juin : Hystérectomie subtotal. Dès le ventre ouvert, on constate la présence d'une volumineuse masse utérine très congestionnée, avec de gros lacis veineux. Cette masse est de consistance molle et extrêmement mobile. Extériorisation. On constate au niveau des ligaments larges, autour des pédicules utérins et ovariens, un plexus veineux extrêmement dilaté. Du côté droit, on sent à la palpation un cordon induré. Pas d'appendicectomie. Après péritonisation, on suture la paroi en trois plans sans drainage : fils métalliques, greffe ovarienne. L'examen anatomo-pathologique a donné les résultats suivants : fibromyome avec prédominance du tissu fibreux.

Celui-ci tend à envahir et enserrer les faisceaux musculaires qu'il étouffe. Quelques vacuoles de désintégration, peu de vaisseaux, pas d'anomalies cellulaires.

Le 4 juillet : température, 38°2; pouls, 120. Point de côté, crachats hémoptoïques. L'examen du poumon révèle la présence d'un infarctus pulmonaire du côté gauche.

Le 8 juillet, abcès de fixation intramusculaire profond à la cuisse droite.

Le 10 juillet : température, 39°6; pouls, 140. Dans les jours qui suivent, les phénomènes pulmonaires diminuent. La température redescend à 37°4, et le pouls à 92.

Le 20 juillet : on incise l'abcès, qui a normalement évolué. Il est profond et dissocie les plans musculaires. Il s'écoule d'abord une sérosité franchement roussâtre, très hémorragique, qui fait place bientôt à un pus crémeux, bien lié; drain qu'on laisse en place deux jours.

Le 2 août : l'hémithorax gauche respire mieux. La malade se sent mieux, l'abcès de la cuisse ne coule plus. Pansements secs.

Le 8 août : Les phénomènes pulmonaires ont totalement disparu.

A sa sortie de l'hôpital, la malade est en parfaite santé; le membre inférieur gauche a retrouvé son volume normal, aucun œdème. La malade est complètement guérie.

OBSERVATION VIII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur COTTE.)

Il s'agit d'une religieuse de 42 ans qui fit une pneumonie en janvier 1932. Au mois de mars, congestion pulmonaire, s'accompagnant de métrorragies liées à un gros fibrome qu'on découvre à ce moment. Dans la convalescence de cette congestion, la malade fait une phlébite à bascule des membres inférieurs, accompagnée de plusieurs infarctus pulmonaires.

On institue le traitement médical, et les symptômes s'amendent. A la date du 20 juin, la malade étant complètement rétablie, on intervient après vaccinothérapie préalable.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, sous rachianesthésie. Résection d'un utérus polyfibromateux avec ablation des annexes gauches. Conservation de la corne utérine droite, des annexes droites et de la plus grande partie du corps utérin. Guérison sans incidents.

OBSERVATION IX.

(Docteur Corinto MIRELLI, *Rivista d'Ostetricia e Ginecologia Pratica*, septembre 1930, p. 420, traduite par notre camarade Mlle F. WINCKLER, externe des hôpitaux.)

Visite du 14 janvier 1927 : G... (G.), 52 ans, ménagère, habitant Busto Arsizio. Mariée depuis 25 ans. Cette malade, qui était régulièrement réglée, a vu depuis deux ans ses règles devenir de plus en plus abondantes, la réduisant à un état d'anémie marqué.

Date des dernières règles : 3 janvier 1927. Durée : 10 jours, à type ménorragique.

Antécédents : Deux grossesses à terme, accouchements normaux, suites de couches normales, dernière grossesse en 1914. Par ailleurs, rien à signaler.

La malade raconte que depuis le début de 1925 ses règles sont devenues toujours de plus en plus abondantes, et la durée des périodes menstruelles est notablement augmentée. Le soir du 12 janvier, elle est prise brusquement, à la racine de la cuisse gauche, d'une douleur qui, dans la nuit et les jours suivants, se propage à tout le membre inférieur gauche. La température se maintient entre 37°4 et 38 degrés. Lors de la visite, elle était de 37°7. Aucun trouble du côté pulmonaire.

Cœur : aire cardiaque légèrement élargie dans son diamètre transversal, premier bruit légèrement renforcé à la pointe. Pouls : 82.

Tout le membre inférieur gauche est augmenté de volume; œdème blanc s'étendant de l'extrémité supérieure de la cuisse au pied. Mensuration prise à 15 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule et à 10 centimètres au-dessous de la pointe de la rotule. Cuisse gauche, 57 cm.; jambe gauche, 41 cm. Cuisse

droite, 50 cm.; jambe droite, 37 cm. A la palpation de la région hypogastrique, immédiatement au-dessus du bord supérieur du pubis, on note une tuméfaction de la grandeur d'un segment d'orange, à surface bosselée, dure et peu mobile.

Toucher vaginal : Col de l'utérus en position médiane, irrégulier (déchirures antérieures); canal cervical non perméable, corps en antéflexion, du volume d'une grossesse de quatre mois. Cette augmentation de volume s'explique par la présence d'un nodule fibreux, développé sur la paroi antérieure, assez mobile et légèrement douloureux, annexes normales. On prescrit : repos au lit, enveloppements humides chauds sur le membre malade, maintenu soulevé. Au bout de dix jours, on avait obtenu une diminution notable du volume du membre intéressé. La peau était devenue élastique et mobile. Traitement iodé par injections. Le 26 février, après la fin des règles, on commence le traitement du fibrome par six séances de radiothérapie, trois antérieures et trois postérieures, avec deux champs : un pubien, l'autre sacré, de la dimension de 17×13 cm.; distance de l'anticathode à la peau, 35 cm.; intensité, 2 milliampères; filtre, 1 mm. cuivre + 2 mm. aluminium. Une séance par jour; durée, trente minutes.

Revue après un mois, la malade dit avoir eu ses règles plus abondantes qu'à l'ordinaire, avec sensations de bouffées de chaleur au visage. Tumeur utérine stationnaire. On ne revoit plus la malade avant janvier 1930, date à laquelle elle revient pour une autre maladie : la tumeur utérine avait disparu. On sentait un corps utérin peut-être un peu plus gros et plus dur que normalement. Les règles étaient disparues. Il ne restait aucune trace de la phlébite.

OBSERVATION X (Résumée).

(BALL, *Bulletin de la Société de biologie*, mars 1862.)

M... (O.), âgée de 38 ans, entre le 1^{er} février 1862 au service de Velpau. Une tumeur volumineuse remplit le vagin; le palper abdominal fait également reconnaître la présence d'une tumeur dure,

arrondie, siégeant à trois travers de doigt au-dessus du pubis. La jambe droite, dont la malade se plaint depuis deux mois, offre un œdème dur, conservant l'empreinte du doigt. Aucun traitement. Le 5 mars, la malade meurt subitement.

A l'autopsie, on trouve un polype fibreux, gros comme les deux poings, implanté sur la face interne de l'utérus : une tumeur fibreuse sous-péritonéale, implantée sur le corps de la matrice, comble le petit bassin. La veine fémorale droite est remplie par un caillot fibrineux très adhérent aux parois; l'extrémité supérieure de ce coagulum veineux se termine brusquement. La branche de bifurcation droite de l'artère pulmonaire contient un caillot. L'analyse microscopique de l'extrémité du caillot logé dans la veine fémorale et du caillot logé dans la branche de l'artère pulmonaire a fourni des résultats identiques; la mort a donc été causée par l'embolie d'un fragment du caillot de la veine fémorale.

OBSERVATION XI.

(DUGUET; *Gazette des hôpitaux*, 1877.)

Fibroïde utérin kystique d'un volume considérable ayant déterminé une thrombose des veines du membre inférieur gauche suivie d'embolie pulmonaire rapidement mortelle.

La femme X..., âgée de 42 ans, toujours bien réglée, n'ayant jamais été sérieusement malade, était entrée à deux reprises différentes, depuis deux ans, dans le service de M. Gallard, qui avait reconnu chez elle l'existence d'un corps fibreux utérin.

Au commencement du mois de novembre dernier, cette femme fut prise d'une gêne abdominale plus grande, d'une fatigue dans la marche et d'une douleur profonde siégeant dans le côté gauche du ventre. Elle entra à l'hôpital temporaire le 20 novembre. M. Duguet reconnaît également chez elle la présence d'un corps fibreux volumineux, faisant particulièrement relief à droite au-dessus de l'utérus, au-dessus du pli de l'aîne et jusque dans la fosse iliaque droite. La palpation permettait de reconnaître plu-

sieurs saillies arrondies, dures, indolentes à la pression et mobiles sous la paroi abdominale antérieure. Ces tumeurs semblaient accolées à la partie inférieure et latérale droite d'une tumeur beaucoup plus volumineuse, globuleuse, occupant une grande partie de la cavité abdominale et présentant une fluctuation manifeste. Le toucher ne révèle rien de particulier. A part la gêne abdominale et la douleur récente du côté gauche, toutes les fonctions se faisaient régulièrement. Cette malade paraissait une femme enceinte de huit mois.

Trois jours après son entrée, elle accuse un engourdissement dans la cuisse et la jambe gauches, bientôt remplacé par une douleur sourde, surtout accusée au mollet. De l'œdème apparaît au dos du pied, il remonte bientôt jusqu'à la cuisse. La pression devient douloureuse, surtout au niveau du pli de l'aîne gauche. On perçoit manifestement l'existence d'un cordon dur, douloureux à la pression et du volume du doigt. Ce cordon s'enfonçait dans l'intérieur de la cuisse; la veine crurale seule était intéressée. Tout le membre inférieur gauche offrait une teinte bleuâtre et un développement exagéré des veines superficielles. La température offrait 8 dixièmes de degré de plus à gauche qu'à droite, au niveau du mollet.

La malade fut soumise au repos absolu; on se contenta d'appliquer un liniment calmant en recommandant bien d'éviter les frictions.

Le septième jour, elle fut prise d'une suffocation subite; elle devint pâle, haletante; il lui sembla que son cœur allait se rompre. Elle fut prise d'une angoisse extrême. L'interne de garde constata un trouble profond des battements du cœur, qui étaient devenus sourds et tumultueux. Le pouls était petit et irrégulier, puis un calme relatif se manifesta; toutefois, elle poussa des plaintes et des gémissements toute la nuit, et le lendemain elle succombait sans avoir perdu connaissance.

A l'autopsie, on constata que l'abdomen était occupé par une immense tumeur ovoïde unique, ayant la forme d'un melon très volumineux, rattaché à l'utérus par un pédicule charnu de deux centimètres d'épaisseur. Poids : 4.500 grammes. Poche kystique

centrale et tumeurs fibreuses adhérentes à cette poche à droite.

Au poumon, caillots volumineux, libres, grisâtres, emboliques dans l'artère pulmonaire. Pas de caillots dans les veines iliaque et crurale, qui paraissent s'être vidées très rapidement. Endo-veine très rouge.

OBSERVATION XII.

(H. BASTARD, thèse Paris, 1882.)

Volumineux fibrome de l'utérus. Phlébite de la jambe gauche.

Embolie pulmonaire mortelle.

H... (Léonie), âgée de 42 ans, fleuriste, entre le 2 novembre 1880 à l'Hôpital de la Charité, salle Saint-Basile, n° 23, service de M. le Docteur Bernutz.

Cette femme, d'une bonne constitution, n'a jamais fait de maladies sérieuses. Réglée à 15 ans pour la première fois, elle l'a toujours été d'une façon régulière, et ses époques duraient environ quatre jours.

Depuis cinq ans environ, ses règles sont devenues plus abondantes, et, à chaque époque, elle avait de véritables ménorragies qui duraient de sept à neuf jours. Aucun symptôme par ailleurs. C'est depuis trois ans qu'elle s'est aperçue que son ventre grossissait un peu pendant la durée de ses règles.

Cet état dura une année. Depuis deux ans, elle s'aperçut que la tuméfaction persistait entre les époques menstruelles. La grosseur augmenta peu à peu et comme elle commençait à en être gênée elle alla consulter le Docteur Cheron au commencement de l'année 1880. Ce médecin diagnostiqua une tumeur fibreuse de l'utérus et lui fit suivre un traitement par l'électricité, sous l'influence duquel les ménorragies diminuèrent d'abondance. Mais la tumeur persista et ne diminua en aucune façon. La malade se décide à entrer à l'hôpital, où l'on constate l'état suivant :

H... (Léonie) a le teint pâle, mais elle jouit d'une santé relativement bonne et ne se plaint que de son ventre. Il existe, en effet, dans cette région, une tumeur volumineuse que l'on délimite faci-

lement par la palpation. Cette tumeur, d'une consistance dure, est située exactement sur la ligne médiane; elle a le volume d'une tête de fœtus à terme et remonte jusqu'à l'ombilic. La palpation n'y détermine aucune sensation douloureuse.

Le toucher vaginal donne peu de renseignements, car il est difficilement praticable à cause de la membrane hymen. Néanmoins, les mouvements imprimés à la tumeur par la main appliquée sur le ventre se transmettent bien au doigt, qui est placé sur le col.

La malade perd du sang en abondance et pendant neuf jours à chaque époque. Elle perd aussi en abondance un liquide blanc jaunâtre.

Etat d'affaiblissement et d'anémie très marquée; lèvres et face décolorées; souffle anémique. Constipation. Manque d'appétit. Pas de troubles urinaires. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Traitée d'abord par des injections d'ergotine, la malade fut soumise, en février 1881, à un traitement par les courants continus. Les ménorragies diminuèrent, mais la tumeur ne se modifia pas.

Au commencement du mois de juin, il survint un peu d'œdème des malléoles, lequel fut attribué à la compression exercée par la tumeur sur les veines iliaques. Du côté droit, cet œdème ne dépassa pas les malléoles, mais il n'en fut pas de même du côté gauche. Au bout de quelques jours, la malade s'aperçut que l'enflure faisait des progrès; il existait un œdème assez considérable, peu douloureux, sans rougeur et remontant jusqu'à l'aîne. A ce niveau, on sentait un cordon dur, assez volumineux, mais qui ne descendait pas à plus de trois travers de doigt au-dessous du pli de l'aîne. En un mot, la malade avait une phlegmatia alba dolens de la jambe gauche et elle fut condamnée au repos absolu.

Le 29 juin, sans que rien de particulier se soit manifesté dans l'état de la malade, celle-ci, dans un mouvement qu'elle fit pour se mettre sur le bassin, fut prise subitement d'accès de suffocation et mourut en dix minutes avec tous les symptômes d'une embolie pulmonaire.

Autopsie. — Utérus offrant le volume d'une tête de fœtus à terme. On incise la paroi : tumeur fibreuse, unique, interstitielle. Rien de particulier aux annexes, vessie, foie, reins. Dans le thorax,

en incisant l'artère pulmonaire, on trouve dans son intérieur un caillot cylindrique de la grosseur du petit doigt.

Membres : La veine fémorale du côté gauche est remplie par un caillot qui s'est cassé brusquement au niveau de l'arcade fémorale, un peu au-dessus de l'embouchure de la veine saphène interne.

Aspect macroscopique de la paroi veineuse normal, mais l'examen microscopique décèle un commencement d'endophlébite.

OBSERVATION XIII.

(Docteur J. DUVERGEY, *Revue de chirurgie*, 10 janv. 1913.)

Gros fibrome péritonéal comprimant les vaisseaux iliaques externes droits. — Phlébite de la veine fémorale droite. — Guérison.

H... (Justine), 39 ans, domestique, entre le 8 avril 1910 dans le service de M. le Docteur Bitot pour une phlébite de la cuisse droite ayant apparu le 27 mars précédent. Elle est mise en gouttière le 9 avril; le troisième jour, M. le Docteur Bitot constate l'existence d'une volumineuse tumeur utérine, dont la malade ignorait l'existence; il la transéate salle 11. Phlébite de la veine fémorale, à marche subaiguë, avec cordon dur, douloureux à la pression, remontant jusque dans la fosse iliaque et descendant jusqu'au tiers inférieur de la cuisse droite. Œdème notable de la jambe et du pied correspondant. En outre, volumineux fibrome s'élevant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

La malade reste en gouttière de Bonnet jusqu'au 29 avril; elle est ensuite traitée par l'application de pointes de feu sur le trajet de ses vaisseaux. Elle se lève le 10 mai. A ce moment, pertes sanguines abondantes.

Le 9 juillet : hystérectomie abdominale subtotale. Enlèvement d'un volumineux fibrome utérin pesant 5 kilogrammes, à évolution sous-séreuse, avec un prolongement comprimant la région des vaisseaux iliaques externes droits. Suites opératoires normales.

Pendant plusieurs mois, le membre inférieur droit a été le siège d'un gonflement œdémateux. Tout a disparu au bout de plusieurs

mois, et la malade est complètement guérie. Cette femme raconte avoir remarqué, avant l'apparition de sa phlébite, l'existence de varices au niveau de la jambe droite.

OBSERVATION XIV.

(Du même auteur.)

Fibrome inclus dans le ligament large gauche et comprimant la veine iliaque externe. — Phlébite des veines crurale et saphène interne gauche. — Guérison.

M... (Maria), 38 ans, employée à l'usine de pétrole de Blaye. Entre le 25 juillet 1910 pour une hernie inguinale droite salle 11 bis, lit 6, Hôpital Saint-André. A l'examen, on constate l'existence d'un fibrome utérin ayant évolué depuis deux ans environ avec des pertes hémorragiques. En outre, elle présentait des dilatations veineuses très accusées au niveau du membre inférieur gauche. Cette femme était depuis deux jours à l'Hôpital, lorsqu'en se levant, le 28 juillet, elle constata que sa jambe gauche était enflée et éprouva en même temps des douleurs légères à la racine de la cuisse gauche.

A l'examen : cordon douloureux le long de la veine crurale, au niveau de l'aîne et de la veine saphène interne, tout le long de la cuisse. Mise en gouttière de Bonnet le 29 juillet. Pointes de feu sur le trajet des vaisseaux, le 14 août. La gouttière est enlevée le 30 août. Le 4 septembre, la malade ressent des douleurs spontanées dans le mollet droit. Rien au palper. Immobilisation de la jambe droite dans une gouttière. La température vespérale monte plusieurs fois aux environs de 38 degrés. Au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre. Le 14 septembre, j'ai aspiré avec une longue pipette, le col ayant été bien nettoyé au niveau du canal intracervical, des mucosités utérines qui ont été confiées à M. le Professeur Sabrazès. Les cultures ont donné naissance à de nombreux staphylocoques.

Hystérectomie abdominale totale le 16 septembre 1910. Gros fibrome avec sinus veineux volumineux, inclus dans le ligament

large gauche et comprimant les vaisseaux iliaques externes à gauche. Suites opératoires normales. Sortie de l'hôpital le 15 octobre 1910. La malade a été revue en 1911 complètement rétablie, mais présentant quelques reliquats de sa phlébite : œdème, quelques douleurs au niveau de son membre inférieur gauche.

OBSERVATION XV

(Du même auteur.)

Fibrome sous-muqueux de la paroi antérieure. — Endométrite concomitante. — Phlébite du membre supérieur droit.

B... (Jeanne), âgée de 40 ans, me fait appeler chez elle parce que, depuis deux jours, le 8 septembre 1910, elle présente de vives douleurs au niveau de la face interne du bras droit et qu'en même temps elle a des pertes fétides.

Elle a toujours eu une bonne santé; seulement depuis deux ans ses règles sont plus abondantes; elle a consulté à ce sujet un médecin qui a diagnostiqué un fibrome utérin. C'est environ depuis un mois que les leucorrhées, relativement peu abondantes, ont augmenté et ont acquis une mauvaise odeur. Enfin, depuis trois jours, elle éprouve au niveau du bras droit des douleurs qui s'irradient dans tout le membre supérieur, en même temps qu'elle a constaté à son niveau un certain gonflement. Température de 37°7. Pouls à 90 pulsations. Nous constatons l'existence d'un utérus assez volumineux, remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, mobile, non douloureux, régulièrement développé, mais présentant en avant une bosse sensible. Au niveau du membre supérieur droit, gonflement de la main, de l'avant-bras. Léger cordon dur et douloureux le long du trajet de la veine humérale au niveau de la partie moyenne du bras. Au spéculum, il s'écoule du col quelques glaires louches. Après nettoyage du col et à l'aide d'une longue pipette, j'aspire au niveau du canal cervical un peu de ce liquide. M. le Professeur Sabrazès obtient des cultures putrides, dans lesquelles existent des staphylocoques en abondance et

un bâtonnet assez long, à bouts arrondis, prenant le Gram. Cette malade est soumise pendant quelques jours à des injections vaginales chaudes, légèrement antiseptisées avec de l'eau oxygénée, à une immobilisation du membre malade dans de la ouate avec bandage compressif, le tout placé dans une écharpe de Mayor.

Huit jours après, le 20 septembre, je pratiquai l'hystérectomie abdominale totale. Suites opératoires normales. L'utérus présentait un fibrome sous-muqueux développé au niveau de la paroi antérieure de l'utérus, du volume d'une tête de fœtus de sept mois. La muqueuse utérine était parsemée de petites érosions superficielles. Histologiquement, la muqueuse utérine était atteinte de lésions d'endométrite intense. Le fibrome était un fibromyome typique.

OBSERVATION XVI

(Du même auteur.)

Gros fibrome enclavé. — Thrombo-phlébite des veines crurale et saphène interne. — Embolie pulmonaire suivie de mort. — Lésions d'endophlébite au niveau de la veine iliaque comprimée.

Femme de 39 ans, rentre salle VIII, en mars 1905, pour un volumineux fibrome utérin ayant évolué depuis cinq ans. Au début de son évolution, pertes hémorragiques très abondantes au moment des règles, avec quelquefois des métrorragies dans leur intervalle. Au bout de deux ans, les ménorragies et les métrorragies sont devenues moins importantes, mais la tumeur augmentait de volume. Enfin, depuis un an, celle-ci a pris des proportions considérables; un peu d'œdème apparaît au niveau des membres inférieurs en même temps que quelques douleurs. Les règles viennent régulièrement, assez abondantes, sans caillots. Depuis une dizaine de jours, la malade éprouve un peu de douleur dans l'aîne droite et la face interne de la cuisse.

A l'examen : tumeur volumineuse remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, dure, ferme, plongeant dans le bassin, mobilisable dans sa partie supérieure, mais fixée dans

sa partie pelvienne, débordant dans les deux fosses iliaques. Au toucher : col en avant et en haut; tumeur faisant saillie dans tous les culs-de-sac et bloquée dans l'excavation. L'hystéromètre donne 13 centimètres de longueur. Au niveau de l'aîne, de la face interne de la cuisse droite, cordons douloureux sur le trajet des vaisseaux fémoraux et de la veine saphène interne. OEdème assez considérable de tout le membre inférieur droit. Pas de fièvre.

Immobilisation complète au lit. Trois jours après son entrée à l'hôpital, la malade meurt subitement dans la journée.

A l'autopsie : volumineux fibrome sous-péritonéal enclavé en bas dans l'excavation pelvienne, s'élevant en haut librement dans la cavité abdominale. Petits fibromes surajoutés à la grosse masse fibreuse. Un élément plus volumineux se trouve en contact étroit avec les vaisseaux iliaques externes et comprime particulièrement la veine iliaque externe. Pas d'adhérence. A la coupe : fibromes interstitiels, avec volumineux fibrome sous-péritonéal, sur lequel se sont greffées un grand nombre de tumeurs secondaires.

La veine iliaque externe est détachée avec soin; au-dessous du point de compression, thrombose qui se poursuit jusque dans la veine fémorale dans la région moyenne de la cuisse. La veine saphène interne est thrombosée également. Il n'existe aucun rétrécissement de la veine au niveau du point comprimé; à ce niveau seulement, les tuniques un peu aplaties sont épaissies; au-dessus du point de compression, endoveine rouge avec un caillot de date plus récente, qui se termine en battant de cloche. Il semble que c'est de ce point que s'est détaché le caillot, cause de l'embolie.

L'artère iliaque externe ne présente rien d'anormal. Du côté opposé, rien à noter de particulier. Au niveau de l'artère pulmonaire droite, volumineux caillot récent obstruant de grosses divisions.

Examen microscopique de la veine iliaque externe :

1° Au niveau du point de compression : le caillot est constitué par de la fibrine, au milieu duquel de très rares globules rouges, un assez grand nombre de globules blancs en voie de désintégration. Aux environs de la tunique interne : poussées endothéliales ten-

dant à envahir le caillot sanguin pour l'organiser. Cellules endothéliales gonflées; leurs corps cellulaires et leurs noyaux font saillie du côté de la lumière du vaisseau, mais la cellule adhère à la paroi par quelques prolongements. Quelques-unes cependant pénètrent entre les lamelles de fibrine; dans la tunique externe, le tissu conjonctif est en réaction; les faisceaux conjonctifs sont très écartés, et les cellules fixes sont irrégulières et hypertrophiées. Le tissu élastique est hypertrophié lui aussi. Les fibres musculaires sont envahies par des lamelles de tissu fibreux. Un certain nombre de polynucléaires dans les différentes préparations.

2° Au-dessus du point comprimé, les poussées endothéliales existent à peine; dans la tunique moyenne, les leucocytes infiltrent en grand nombre la partie externe de cette tunique.

On peut donc conclure qu'il s'agit d'une véritable endophlébite subaiguë, développée en un point soumis à une véritable irritation chronique. La présence de polynucléaires, la dégénérescence des fibres musculaires témoignent d'un processus subaigu surajouté à un processus chronique représenté par la sclérose des parois veineuses. Au niveau du point comprimé, le caillot commence à s'organiser; au-dessus du point de compression, au contraire, les lésions d'endophlébite sont de date plus récente, et c'est probablement à ce niveau que s'est détaché le caillot qui a migré vers l'artère pulmonaire pour causer la mort.

OBSERVATION XVII.

(Du même auteur.)

Polype de l'utérus en voie de sphacèle. — Phlébite de la jambe gauche. — Enucléation du polype. — Guérison.

Femme de 39 ans, toujours bien portante, présente depuis 1909 des ménorragies, puis des métrorragies avec leucorrhée. A partir de 1910, ces phénomènes morbides prennent plus d'acuité. En novembre 1911, des douleurs apparaissent ressemblant à celles de l'accouchement, en même temps que se produit une augmentation

des pertes. Celles-ci prennent une mauvaise odeur. Je la vois le 10 décembre 1911. A ce moment, elle présente un peu de fièvre, 37°8 le soir; le pouls est à 90 pulsations. La malade continue à éprouver des douleurs d'expulsion dans le bas-ventre; les pertes sont abondantes et sanieuses.

Au toucher, le col est largement ouvert; entre ses lèvres, on constate l'existence d'une tumeur qui fait saillie dans la cavité vaginale. Cette tumeur a une consistance fibreuse et assez régulière. Au spéculum : polype apparaissant dans la cavité cervicale, avec coloration noirâtre par endroits. Je prescris des injections d'eau bouillie avec eau oxygénée et je conseille l'énucléation du polype par la voie vaginale. La surface d'implantation de ce polype paraît assez large et se fait sur la paroi antérieure.

Dans la nuit qui suit, douleur violente à la jambe gauche avec poussée de température à 39 degrés. Au niveau du mollet, dans la profondeur, on sent un cordon induré et douloureux.

L'extirpation du polype est conseillée, malgré l'apparition de la phlébite. L'ablation du polype en voie de sphacèle est faite le 14 décembre 1911, avec facilité. L'implantation se faisait sur la paroi antérieure, au niveau de l'isthme. Avec des pipettes, nous avons recueilli les liquides intra-utérins. Lavages intra-utérins renouvelés les jours suivants. La partie utérine a guéri sans incidents. Les liquidesensemencés ont donné naissance à des colonies de streptocoques.

La phlébite de la jambe gauche a marché vers la guérison; mais vers la neuvième semaine, il y a eu une recrudescence dans les phénomènes douloureux ressentis dans le mollet. J'ai dû, au bout de quelques jours, inciser un abcès de la face profonde du mollet. Du pus crémeux est sorti. Drainage. Le tout a définitivement guéri.

Le pus de cet abcès périphlébitique contenait du streptocoque.

OBSERVATION XVIII.

(Communiquée par M. le Docteur BARDON, chef de clinique
de M. le Professeur BÉGOUIN.)

Fibrome volumineux. — Phlébite de la jambe gauche. — Guérison.

Mme R... (Angèle), veuve V..., 61 ans, employée, entre à l'hôpital le 16 juin 1913 pour pertes vaginales sanguinolentes et malodorantes avec légers troubles de l'état général.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans. Règles régulières, non douloureuses, mais toujours très abondantes et durant six jours. Mariée à 28 ans. Dans l'espace de quatre ans, c'est-à-dire jusqu'à 32 ans, quatre accouchements à terme et normaux, s'accompagnant chaque fois d'une perte sanguine très abondante. Les quatre grossesses ont évolué normalement.

N'a jamais souffert du bas-ventre. Jamais de pertes blanches entre ses menstruations, qui demeurent normales jusqu'à 41 ans.

A 41 ans, ses règles deviennent beaucoup plus abondantes. Elles se prolongeaient pendant quinze jours sans amener aucun trouble de l'état général. Cette femme jouissait à ce moment d'une excellente santé et pouvait vaquer à ses occupations avec la force désirée. Les métrorragies persistent six ans, c'est-à-dire jusqu'à la ménopause. Jamais de pertes ni de douleurs du bas-ventre jusqu'à 61 ans. Pas de varices, jamais d'enflure des jambes.

Histoire de la maladie. — Le 17 avril 1913, il y a deux mois, chez cette femme ménopausée depuis quatorze ans (à l'âge de 47 ans), apparition brusque, sans cause connue, de pertes vaginales sanguines. Elles durèrent un jour et demi avec l'abondance des règles ordinaires. A ces pertes sanguines succédèrent immédiatement des pertes rosées, tantôt visqueuses, tantôt aqueuses, qui, par leur quantité, nécessitèrent le port d'une garniture jusqu'à aujourd'hui. Leur couleur était café au lait, sale, avec quelques stries de sang. Aucune douleur ne vint accompagner leur émission; elles ne dégageaient pas de mauvaise odeur.

M. le Docteur Lamarque, appelé, ordonna : injections et gouttes

d'hamamélis. Du 17 avril au 15 mai, simple cessation du travail. Il y a un mois, M. le Professeur Bergonié a examiné la malade et lui a conseillé un traitement radiothérapique. Ce traitement comporta quatre séances de radiothérapie de trente minutes espacées d'une semaine, mais aucun résultat appréciable ne fut obtenu, et cette femme fut adressée à M. le Professeur Bégouin.

Cependant, depuis le début du traitement radiothérapique, les pertes sont devenues jaune rougeâtre, plus visqueuses, mais d'abondance toujours égale avec apparition d'une légère mauvaise odeur. En même temps, apparition à ce moment, ou quelques jours plus tard, de douleurs assez vagues, tiraillements dans le bas-ventre et dans la portion sus-ombilicale de l'abdomen.

Des premiers jours de juin à ce jour, fièvre légère vespérale, non constatée au thermomètre. Etat stationnaire au point de vue des pertes. De plus, anorexie, amaigrissement.

Vers le 8 juin, constatation d'œdème des membres inférieurs, surtout à gauche, non douloureux, diminuant un peu par le repos au lit, mais ne disparaissant pas.

Depuis deux jours, les pertes sont redevenues sanguines et les douleurs ont disparu.

Evolution de la tumeur : Cette femme se rappelle qu'à l'âge de 28 ans, la tailleur qui l'habillait prétendit qu'elle avait, pour son âge et sa constitution, le ventre fort. Dans la manufacture de tabac où tous les jours elle accomplissait son travail, les employées qui étaient à ses côtés lui firent souvent la même remarque. La malade elle-même s'aperçut de l'exactitude de leurs paroles, mais en portant la main sur son abdomen ne peut y localiser de tumeur intérieure. De 32 ans à 47 ans, elle ne remarqua pas qu'il ait augmenté de volume. Mais après sa ménopause, à 47 ans, cette femme, de même que son entourage, remarqua que le volume de son ventre avait assez fortement diminué. Elle s'en sentait d'ailleurs plus alerte. Depuis cette époque, en établissant la comparaison sur les dimensions de son corset, elle croit pouvoir affirmer qu'il n'a pas varié.

Etat actuel : A légèrement maigri. N'a plus d'appétit. Ne présente pas d'essoufflement.

N'a cependant pas travaillé depuis trois mois, son docteur lui ayant interdit toute fatigue. La marche ne la fatigue pas et n'entraîne pas de douleurs.

Pas de dyspnée : Pas de pollakiurie. Ne se lève jamais la nuit pour uriner. Pas de constipation; œdème des membres inférieurs depuis quinze jours. Rien à signaler par ailleurs.

Examen. — 19 juin : Tumeur atteignant l'ombilic, plongeant dans le petit bassin et s'étendant latéralement jusqu'aux épinos iliaques. Consistance dure avec inégalité dans la dureté, donnant de la matité à la percussion.

Pas d'ascite.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal donne parfaitement l'impression d'un fibrome. La lèvre antérieure du col se perd dans une masse importante, masse immobile et peu douloureuse.

Le doigt ramène un sang altéré qui n'est pas celui du fibrome (pertes chocolat et fétides). On pense à un fibrome, mais à un fibrome altéré, peut-être à une dégénérescence épithéliomateuse.

21 juin : Le teint est devenu meilleur. Le fibrome et le ventre sont indolents. L'œdème a à peu près disparu.

2 juillet : La malade fait une phlébite alors qu'on allait l'opérer. Elle est prise d'une douleur dans le mollet gauche suivie de l'œdème classique. Fièvre.

14 août : Hystérectomie abdominale subtotale. Pas d'adhérences. Fibrome volumineux comprimant les vaisseaux iliaques externes (opération exécutée par M. le Professeur agrégé Duvergey.)

3 septembre : Exéat, guérie.

CONCLUSIONS

I. — La phlébite au cours de l'évolution des fibromes utérins est une complication relativement fréquente, car, à côté des phlébites apparentes des membres inférieurs ou supérieurs, il y a toutes les phlébites utéro-pelviennes, le plus souvent latentes, dont la manifestation la plus fréquente est l'embolie mortelle. Ajoutons, pour être complet, que les phlébites des membres inférieurs et supérieurs sont très souvent la conséquence de ces phlébites utéro-pelviennes, qui continuent à évoluer même lorsque les autres sont guéries.

II. — Les phlébites se voient surtout au cours de l'évolution de deux variétés de fibromes :

- 1° Les fibromes infectés (fibromes suppurés, gangrenés, polypes sphacelés);
- 2° Les fibromes dégénérés (nécrobiose);
- 3° Les fibromes très hémorragiques (fibromes sous-muqueux), occasionnant chez les malades un état anémique très prononcé.

III. — Il semble que ces phlébites soient conditionnées par des modifications sanguines, produites par le ralentissement de la circulation dû à la compression exercée par le fibrome sur les vaisseaux veineux, par l'infection de ces fibromes, par la résorption d'éléments tissulaires morts au sein du fibrome, enfin par l'état d'anémie créé chez les malades par l'abondance des hémorragies.

IV. — Les formes cliniques que nous avons rencontrées dans nos observations peuvent se diviser en deux groupes :

- Premier groupe*, en rapport avec le siège du fibrome :
C'est la forme anémique;

Deuxième groupe, en rapport avec la phlébite : Ce sont la forme phlébitique simple, la forme embolique, la forme septico-pyohémique et la forme à début phlébitique.

V. — Le pronostic de la phlébite au cours de l'évolution du fibrome utérin est mauvais, car si l'embolie est la complication redoutable de la phlébite ordinaire, elle est encore beaucoup plus fréquente lorsque cette phlébite survient chez des fibromateuses.

VI. — Le traitement est dicté par l'allure de la phlébite. Les formes septico-pyohémiques et emboliques relèvent du traitement chirurgical.

Quant aux autres formes de phlébites, leur traitement dépend :

1° Du fibrome :

- a) si le fibrome ne produit chez la malade aucun trouble qui nécessite une intervention immédiate, nous préconisons le traitement médical;
- b) si le fibrome entraîne des hémorragies abondantes occasionnant un état anémique prononcé, si l'on a affaire à un fibrome nécrobiosé ou à un fibrome infecté, suppuré ou sphacélé, nous préconisons le traitement chirurgical;

2° De certains facteurs entraînant pour le chirurgien de grosses difficultés opératoires : obésité de la malade, fibromes enclavés avec péritonite adhésive, etc.

Dans ces cas, nous préconisons le traitement médical.

VU, POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. BEGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 15 novembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAMARTINE et MALLET-GUY. — Indications opératoires dans les fibromes compliqués de phlébite des membres inférieurs. *Lyon médical*, 21 mars 1926, t. CXXXVII, p. 327.
- BALL. — Sur un cas de mort subite par embolie. Soc. de biol., mars 1862.
- BASTARD. — De la thrombose veineuse dans les tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse Paris, 1882.
- BAZOR. — De la mort subite dans les fibromes utérins. Thèse Paris, 1895.
- BECQUEREL. — Traité clinique des maladies de l'utérus, 1859.
- BÉGOUIN. — La nécrobiose des fibromes utérins. *Paris médical*, 1922, t. XII, n° 24, p. 503-506.
- Discussion sur les indications de la chirurgie dans les fibromes. XXXIII^e Congrès français de chirurgie, Paris, 6-11 oct. 1924.
- Traitement des fibromes utérins : chirurgie ou radiations ? *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 nov. 1924, p. 903.
- Fibrome utérin et myomectomie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 nov. 1929, p. 891.
- BOIX. — *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1893.
- CENSIER. — Quelques réflexions sur la pathogénie des phlébites. *Rev. de méd.*, 1902, t. XXII, p. 699.
- COTTE. — Sur le traitement chirurgical des fibromes utérins. XXXIII^e Congrès français de chirurgie, Paris, 6-11 oct. 1924.
- DELATER. — Les maladies des veines et leur traitement.
- DELATER et HUGEL. — Mécanisme pathogénique des phlébites. *Presse médicale*, 29 mars 1930, p. 436.
- DUCUING. — Phlébites, thromboses et embolies postopératoires.

DUGUET. — *Gaz. des hôp.*, 1877.

— Thèse de concours, 1872.

— Sur un cas d'embolie pulmonaire. *Soc. méd. des hôp.*, 1878.

DUVERGEY. — La phlébite dans l'évolution des fibromes utérins.
XXIV^e Congrès de chirurgie, 1911. *Rev. de chir.*, 1913, I,
p. 26.

FAURE (J.-L.). — Indications du traitement chirurgical dans les
fibromes utérins. XXXIII^e Congrès français de chirurgie,
Paris, 6-11 oct. 1924.

FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgical, 1911.

FORGUE. — Pathologie externe.

— Causes et mécanisme de l'embolie postopératoire. Rapport
au VIII^e Congrès de la Soc. intern. de chir., Varsovie,
22-25 juill. 1929.

GOVAERTZ. — Causes et mécanisme de l'embolie postopératoire.
Rapport au VIII^e Congrès de la Soc. intern. de chir.,
Varsovie, 22-25 juill. 1929.

GUILLLOT. — La phlébite dans l'évolution des fibromes utérins.
Thèse Bordeaux, 1919.

Kürz. — *Deutsche Zeitschrift für Prakt. Med.*, 1877.

LABEY. — Indications du traitement chirurgical dans les fibromes
utérins. Rapport au XXXIII^e Congrès français de chirurgie,
Paris, 6-11 oct. 1924.

LECONTE (M.). — Notions récentes sur les phlébites. *Journ. méd.
franç.*, sept. 1921, p. 366.

LEGRAND. — De la thrombose veineuse dans les tumeurs fibreuses
de l'utérus. Thèse Paris, 1879.

LEVRAT. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1879.

MICHEL. — De l'embolie pulmonaire après les opérations pour
tumeurs fibreuses de l'utérus. *Rev. de gyn.*, 1900.

MILLIOT. — Complications des corps fibreux. Thèse Paris, 1875.

MIRELLI (C.). — Le flebiti e i fibromi uterini. *Rivista d'Ostetricia
e ginecologia Pratica*, Settembre 1930, p. 420.

PERRIN. — Des phlébites et des embolies consécutives aux opéra-
tions des fibromes utérins. Thèse Lyon, 1924-1925.

- PICOU. — Des phlébites dans les fibromes utérins. Thèse Montpellier, 1927.
- POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire, 1907.
- POTOCKI. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, janv. 1923.
- PROUST (R.) et CHARRIER (J.). — Chirurgie de l'appareil génital de la femme. Précis de technique opératoire, par les professeurs de la Faculté de médecine de Paris.
- RITTER. — Causes et mécanisme de l'embolie postopératoire. Rapport au VIII^e Congrès de la Soc. intern. de chir., Varsovie, 22-25 juill. 1929.
- ROCHE. — La muqueuse utérine des fibromateuses. Bordeaux, 1903.
- SABRAZÈS. — *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, n° 1, p. 8, 1919.
- SÉE (Germain). — Pathologie expérimentale des anémies, 1872.
- STARLINGER. — *Klin. Wochenschr.*, t. VI, n° 27, 2 juill. 1927.
- TIXIER. — Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins. Rapport au XXXIII^e Congrès français de chirurgie de Paris, 6-11 oct. 1924.
- VILLAR (J.). — Le traitement chirurgical des gros polypes sphacelés de l'utérus. Travail de la clinique gynécologique du Professeur Guyot. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20-30 sept. 1931, p. 809.

